

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

GEBELERDE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE EŞ DESTEĞİNİN UYKU
KALİTESİNE ETKİSİ

Dr. Hatice Özbil ZENGİN

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM 2025

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Hatice Özbil ZENGİN tarafından hazırlanan “Gebelerde Sosyodemografik Veriler İle Eş Desteğinin Uyku Kalitesine Etkisi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Prof. Dr. Onur ÖZTÜRK

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile kılavuzluk eden, tavırlarıyla örnek olan, tez araştırmasının her aşamasında desteklerini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK' a,

Asistanlık sürecimin ilk anlarından itibaren bilgi ve tecrübeleriyle beni aydınlatan, desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK' a,

Klinik rotasyonlar sırasında eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte yol aldığımız değerli asistan arkadaşlarıma,

Çalışmam süresince destek ve anlayışlarını esirgemeyen komşularım ve meslektaşlarım olan değerli arkadaşlarıma,

Tanıştığımız zamandan beri her süreci birlikte yaşadığımız, tez sürecinde beni yalnız bırakmayan ve desteğini esirgemeyen biricik eşime,

Her zaman yanımda olduklarını bildiğim, varlıklarından güç aldığım aileme ve ikinci ailem olan eşimin ailesine,

Hayatımıza girdiğinden beri, her anlamda kalbime dokunan, varlığıyla umut veren canım oğluma

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hatice Özbil ZENGİN

Çorum, 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
KISALTMALAR	VII
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. GEBELİK DÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ	4
2.1.1. Tanım	4
2.2.2. Gebelikte Fizyolojik, Hormonal ve Psikolojik Değişiklikler.....	4
2.2. UYKU	7
2.2.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi.	7
2.2.2. Uykunun Evreleri	7
2.2.3. Uykunun İşlevi	8
2.2.4. Uyku Süresi ve Uyku Kalitesi.....	9
2.2.5. Uykunun Önemi	9
2.3. GEBELİKTE UYKU VE UYKU KALİTESİ	10
2.3.1. Gebelikte Sık Görülen Uyku Problemleri	11
2.3.2 Gebelikte Uyku Kalitesi ve Önemi	12
2.4. GEBELİK VE SOSYAL DESTEK	13
2.5. GEBELİK VE EŞ DESTEĞİ	14
2.5.1. Gebelikte Eş Desteğinin Psikolojik ve Fiziksel Etkileri	15
2.6. SOSYAL DESTEK/ EŞ DESTEĞİ VE UYKU KALİTESİ	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE SÜRESİ.....	17
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	17
3.3. İŞLEM	17
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	18
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	18
3.4.2. Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ).....	18
3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ; Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI).....	19
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	19
3.6. ÇIKAR ÇATIŞMASI	20
3.7. ETİK ONAY VE ARAŞTIRMA İZİNİ	20
4. BULGULAR	21

4.1. KATILIMCI ÖZELLİKLERİ	21
4.2. ÖLÇEK PUANLARI.....	23
4.3. UYKU KALİTESİ İNDEKSİ.....	23
4.4. GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ	28
4.5. KORELASYON İLİŞKİSİ	45
4.6. ÇOK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON	45
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİ.....	48
5.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE GEBELERDE EŞ DESTEĞİ İLİŞKİSİ.....	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	61
7. KAYNAKLAR.....	62
8. EKLER	73
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	73
EK-2: PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) ÖLÇEĞİ	74
EK-3: GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ.....	75
EK-4: GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ İZİNİ	76
EK-5: PİTTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ (PUKİ) ÖLÇEĞİ İZİNİ	76
EK-6: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	76
EK-7: EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONAYI.....	76

ÖZET

Amaç: Gebelik fiziksel, psikososyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu değişimlerden uyku kalitesi de etkilenmektedir. Gebelikte uyku kalitesi ve gebelerin eşlerinden aldığı desteğin önemini vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmanın amacı sosyodemografik veriler ve eş desteğinin uyku kalitesine etkisini incelemektir. Bu bağlamda yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebelik haftası gibi özellikler ve eş desteği algısı incelenmiş; bu unsurların uyku kalitesi ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe İzlem Polikliniği ve Gebe Okuluna başvuran dâhil edilme kriterlerini karşılayan 18-49 yaş aralığındaki gebeler oluşturmaktadır. Gerekli izin ve onaylar alındıktan sonra gönüllü katılımcıların onamları alınarak, katılımcılardan Sosyodemografik Veri Formu, Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Pittshburgh Uyku Kalitesi Ölçeğini' ni doldurmaları istendi. Veriler, Jamovi (versiyon 1.0) yazılımı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya 240 gebe katılmış olup %41,25' i 25-29 yaş aralığında ve %53,33'ü üçüncü trimester dönemindeydi. Katılımcıların PUKI puan ortalaması 6,44 (SS=2,69), %75' inin PUKI puanı 5 ve üzerindedir. Yaşı 35 ve üzerinde olan gebelerin uyku kalitesi daha iyi, üçüncü trimesterde olanların birinci ve ikinci trimesterdekilere göre daha kötü saptandı. Toplam GEDAÖ puan ortalaması ise 66,76 (SS=12,90)' ydı. Gebe ve eş yaşının 35 ve üzeri olması, evlilik süresinin uzunluğu, gebelik ve yaşayan çocuk sayısının fazla olması, aynı evde yardımcı birinin bulunmaması durumlarında eş desteği algısının daha düşük olduğu görüldü. Gebelikte eş desteği algısı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Sonuçlar: Gebelikte uyku kalitesi yaşla birlikte artarken, ilerleyen gebelik haftalarında kötüleşmektedir. Gebelerin eş desteği algısı çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkilidir. Gebe takiplerinde bütüncül bir yaklaşımla, gebelerin tıbbi durumlarının yanında uyku profilinin ve aile içi destek durumunun değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Uyku Kalitesi, Eş Desteği

ABSTRACT

Aim: Pregnancy is a period of physical and psychosocial changes. Sleep quality is also affected by these changes. Studies emphasize the importance of sleep quality during pregnancy and the support received from partners. The aim of this study is to examine the effect of sociodemographic data and partner support on sleep quality. In this context, characteristics such as age, education level, employment status, gestational age, and perception of partner support were examined; the relationship between these factors and sleep quality was evaluated.

Material and Method: This study was conducted as a cross-sectional, descriptive, and analytical study. The study population consisted of pregnant women aged 18-49 who met the inclusion criteria and attended the Obstetrics and Gynecology Department Pregnancy Follow-up Clinic and Pregnancy School at Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital. After obtaining the necessary permissions and approvals, informed consent was obtained from the volunteers, and participants were asked to complete the Sociodemographic Data Form, the Perception of Spousal Support Scale in Pregnant Women, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. The data were analyzed using Jamovi (version 1.0) software.

Results: A total of 240 pregnant women participated in the study, 41.25% of whom were aged 25-29 and 53.33% of whom were in their third trimester. The mean PUKI score of the participants was 6.44 (SD=2.69), with 75% having a PUKI score of 5 or above. Pregnant women aged 35 and over had better sleep quality, while those in the third trimester had worse sleep quality compared to those in the first and second trimesters. The mean total GEDAÖ score was 66.76 (SD=12.90). Perceived spousal support was lower when both the pregnant woman and her partner were aged 35 or older, when the marriage duration was long, when the number of pregnancies and living children was high, and when there was no helper in the same household. No significant relationship was found between perceived spousal support during pregnancy and sleep quality.

Conclusion: Sleep quality during pregnancy improves with age but deteriorates in later pregnancy weeks. Pregnant women's perception of spousal support is related to various sociodemographic variables. In prenatal care, it is recommended to evaluate not

only the medical condition of pregnant women but also their sleep profile and the level of support within the family using a holistic approach.

Keywords: Pregnancy, Sleep Quality, Spousal Support



KISALTMALAR

AASM	: Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
GEDAÖ	: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği
HCG	: İnsan Koryonik Gonadotropin
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
PSQI	: Pittsburgh Sleep Quality İndeksi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement
RLS	: Restless Legs Syndrome
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo Listesi

Tablo 1: Katılımcı Özellikleri.....	21
Tablo 2: Katılımcıların Gebelik İle İlgili Özellikleri.....	22
Tablo 3: Ölçek Puanları	23
Tablo 4: PUKİ Puanı Dağılımı	23
Tablo 5: Katılımcı Özelliklerinin Uyku Kalitesi Puanına Göre Dağılımı	24
Tablo 6: Uyku Kalitesi Toplam Puanı İle İlişkili Özellikler	27
Tablo 7: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Toplam Puanına Göre Dağılımı	29
Tablo 8: Gebelikte Eş Desteği Algısı Toplam Puanı İle İlişkili Özellikler	32
Tablo 9: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Bilişsel Alt Boyut Puanına Göre Dağılımı. 33	
Tablo 10: Gebelikte Eş Desteği Algısı Bilişsel Puanı İle İlişkili Özellikler.....	36
Tablo 11: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Duygusal Alt Boyut Puanına Göre Dağılımı37	
Tablo 12: GEDAÖ Duygusal Puanı İle İlişkili Gebe Özellikleri	40
Tablo 13: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Maddi Alt Boyut Puanına Göre Dağılımı 41	
Tablo 14: GEDAÖ Maddi Alt Boyut Puanı İle İlişkili Gebe Özellikleri	43
Tablo 15: Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi	45
Tablo 16: Gebelerde Uyku Kalitesini Etkileyen Değişkenler	46

Şekil Listesi

Şekil 1: Akış Şeması	21
Şekil 2: Standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği	47

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın yaşamının en özel evrelerinden biri olan gebelik, kadının annelik rolüne hazırlandığı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok değişimlerin yaşandığı dönemdir. Bu dönemde fetüsün normal gelişimi ve doğuma hazırlık için, anne adayında hormonal, anatomik, fizyolojik birçok dönüşüm gerçekleşir. Yaşanan değişimlerin sonucunda uyku hali de etkilenmektedir (1). Dış çevre ile etkileşimin kesildiği, çeşitli uyaranlardan etkilenen, periyodik olarak meydana gelen fizyolojik bir süreç olarak nitelendirilen uyku, insan için en temel yaşam gereksinimleri arasında kabul edilmektedir (2).

Bu temel ihtiyaç yeterince karşılanmadığında bedensel ve zihinsel problemlere neden olabilmektedir (1). Yetersiz uyku, toplum sağlığı üzerinde önemli etkileri olabilecek evrensel bir sorun olarak kabul edilmekte ve önemli mortalite ve morbidite nedeni sayılmaktadır. Yorgunluk, hafıza, dikkat, düşünme, depresyon gibi bilişsel-ruhsal problemlere neden olabilmesinin yanında; obezite, artmış kan basıncı, koroner kalp hastalıkları, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklarla ve düşük bağışıklık sistemi ile de ilişkili bulunmuştur (3).

Yaşam tarzı, beslenme, çevresel faktörler, ruh hali, kaygı, stres, genel sağlık durumuyla beraber yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni hal, çocuk sahibi olma, ekonomik durum gibi sosyodemografik özelliklerin ise uyku kalitesini etkilediği bildirilmiştir (4). Ayrıca gebelik döneminde gözlenen birçok fiziksel, endokrin, ruhsal ve sosyal değişiklikler kişinin günlük yaşantısını ve gebeliğin ilk trimesterinden itibaren uyku kalitesini de etkiler. Kadınlar daha çok bu dönemde uyku miktarında azalma, uyku kalitesinde bozulma ve gündüz daha fazla uyku ihtiyacı olduğunu bildirmektedir (5). Daha önceden uyku sorunları bulunmayan kadınlarda bile gebelikte uyku kalitesinde ciddi düşüşler ve bozulmalar gözlemlenmiştir (1). Bu duruma sebep olabilecek nedenler arasında; mide bulantısı, reflü, geceleri idrara çıkma sıklığında artış, daha çok geceleri meydana gelen kramplar, fetüsün büyümesi ile oluşan solunum problemleri, fetüsün hareketleri, uyurken rahat pozisyon bulmada zorlanma, hamileliğe yönelik endişe, ruh hali değişimleri sayılabilmektedir. Gebelikte uyku problemleri endokrin değişimlerin etkisiyle ilk haftalarda başlar, anne karnında bebeğin büyümesiyle birlikte özellikle üçüncü trimesterde artar (6). Literatürde yetersiz uykunun erken doğum, uzamış doğum

eylemi, doğum sırasında daha fazla ağrı hissi, artmış sezaryen oranı, preeklampsi, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, koroner hastalıklar, prenatal depresyon, anksiyete ve yüksek inflamatuvar sitokinler ile bağlantılı olduğu bilgileri yer almaktadır (7-9).

Gebelik mutluluk ve heyecanla beklenen bir olay olmasının yanında, kadının vücudunda yük ve endişe kaynağı da olabileceğinden, ayrıca adapte olunması gereken bir durum da olabilmektedir (10). Gebeliğe adaptasyonda uyku kalitesi son derece önemlidir. Çünkü gebe fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan optimal iyilik halinde olmasıyla hamilelik sürecine uyum gösterebilir ve güçlüklerle baş edebilir (11). Bu süreçte anne adayının ebeveynlik rolünü üstlenmesi ile aile içi ve çalışma hayatındaki ilişkiler de etkilenmekte, sosyal, ekonomik farklılıklar meydana gelmektedir. Hamilelik sürecinde anne adayının, güçlüklerin üstesinden gelmesini sağlamak ve uyumunu desteklemek için etkin ve nitelikli sağlık hizmeti ile birlikte sosyal desteğin olması da önem arz etmektedir (12). Gebelik sürecinde yaşanan stres anne adaylarının yaşam kalitesini, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilmekte iken sosyal destek ise bu sürecin iyileştirilmesi yönünde önemli rol oynamaktadır (13).

Anne adayları üzerinde rahatlatıcı rol üstlenen sosyal desteğin, partner tarafından sağlanmasının daha etkili olduğu belirtilmiştir. Gebelik sürecinde eşler, anne adaylarının ruhsal uyumunu destekleyen temel bir duygusal kaynaktır (14). Anne adayları eşlerinden birçok konuda destek beklemektedir. Bunlar arasında ev işlerini paylaşması, finansal destek sağlaması, diğer çocukların bakımını üstlenmesi gibi durumlar yer almaktadır. Genel olarak bu desteklerin yüksek olmasının gebeliği ve doğum eylemini kolaylaştırdığı bildirilmektedir. Aile bağının güçlendirilmesinin yanında anne ve bebek ölümlerinin azatılması açısından da eş desteği önem arz etmektedir (15). Hamilelik döneminde baba adayının rutin muayenelerde anne adayının yanında olmasının, yönlendirici rol üstlenmesinin, ilgi ve hassasiyet göstermesinin; annenin genel sağlığı ve hayat kalitesini iyileştirdiği, güvende ve yeterli hissettirdiği, ebeveynlerin birbirileri arasındaki bağı ve anne/baba- çocuk ilişkisini olumlu etkilediği gözlenmiştir (16). Eş desteği anne- baba yaşı, çalışma ve ekonomik durumlar, evlilik süreleri, gebelik sayısı, planlı gebelik olup olmaması gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir (17).

Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda iyi uykunun ve eşlerin sürece dâhil olmasının anne-bebek sağlığı ile yakından ilişkili olduğu, huzurlu aile yaşamını desteklediği, gebelik döneminde danışmanlık ve doğum öncesi bakımında son derece önemli olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde gebelik döneminde uyku veya

sosyal desteği inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Fakat gebelerde sosyal destek/eş desteği ve uyku kalitesi ile ilişkili sınırlı sayıda çalışma olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada; gebelik sürecinde sosyodemografik özellikler ve algılanan eş desteğinin uyku kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Aile hekimleri, gebe izlem uygulamaları kapsamında anne adaylarının uyku sağlığını etkileyebilecek sosyodemografik özellikleri ve aile içi destek unsurlarını değerlendirerek uyku bozukluğu açısından risk altında olan kadınlara uygun danışmanlık veya yönlendirme hizmetiyle katkı sağlayabilir. Bu bağlamda gebelere uyku sağlığı konusunda rehberlik etmek ve doğum öncesi bakım sürecinde aile içi dinamiklerine dikkat çekmek, gebelikte uyku kalitesini etkileyebilen bireysel ve sosyal etkenlerin birlikte değerlendirildiği bütüncül bakış hedeflenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK DÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ

2.1.1. Tanım

Gebelik, bir kadının rahminde embriyo ya da fetüsün gelişim gösterdiği süreci kapsayan fizyolojik bir dönemdir. İnsan gebelik süreci obstetrik olarak ortalama 40 haftalık bir süreyi kapsar. Gebelik süresi son adet tarihinin birinci gününden itibaren hesaplanır ve üç dönemden oluşur (18).

2.2.2. Gebelikte Fizyolojik, Hormonal ve Psikolojik Değişiklikler

Kadın yaşamında önemli bir dönüm noktası olan gebelik sürecinde anne adayı pek çok fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişim yaşar. Bu değişikliklerin bazıları geçici nitelikte, bazıları gebelik sona erdikten sonra bir süre daha devam ederken bir bölümü de kalıcı hale gelebilir. Gebelik sürecinde gerçekleşen bu adaptasyonlar fetüsün normal gelişimi ve doğuma hazırlık işlevlerini yerine getirmek üzere gerçekleşir. Gebelik ciltte, dış görünümde, memede süt üretimine hazırlık gibi değişimlere sebep olmasının yanında solunum, boşaltım, nörolojik, gastrointestinal, kardiyovasküler ve daha birçok sistemi de etkileyebilmektedir. Ayrıca gebelikte mide bulantısı, gastroözofageal reflü, sık idrara çıkma, yorgunluk, sıcaklık değişimleri, ruh hali değişimleri gibi semptom ve belirtiler de meydana gelebilmektedir (19).

Kardiyovasküler sistemde hamileliğin erken dönemlerinde başlayan belirgin değişiklikler meydana gelir. Bunlardan başlıcaları; kalp atım hacminde artma, özellikle ilk trimesterde periferik vasküler dirençte azalma, ortalama arter kan basıncında azalma, kalp atım hızında artış olarak sayılabilir. Kan hacmi hamileliğin ilk trimesterinde %15, üçüncü trimesterinde ise hamilelik öncesine göre %50 ye kadar artabilmektedir (20).

Gebelik öncesi dönemlere göre böbrek kan akışında ve böbrek süzme hızında artış meydana gelir. Artan böbrek kan akışı sebebiyle böbrek hacmi de yaklaşık bir santim artar. Gebeliğin orta döneminde en yüksek boyuta ulaşır. Bazı anatomik

değişikliklere bağlı çoğunlukla sağ tarafta hidronefroz ve idrar yolları enfeksiyonlarına yatkınlık gelişebilmektedir. Ayrıca uterusun büyümesiyle mesaneye bası sonucu sık idrara çıkma durumu görülür (19). Normal bir gebelik sürecince plazma hacmi gebelik ilerledikçe artar. Hemoglobın, hematokrit ve eritrosit plazma hacmindeki artışa bağlı dilisyonel olarak azalır. Trombosit ise normal aralıkta kalır ancak kademeli şekilde düşme eğilimindedir. Hemoglobın sentezi, birçok enzim ve aynı zamanda fetüs için demir ihtiyacı artar (20). Pıhtılaşma faktörleri artarken antikoagülan maddelerde azalma gözlenir ve buna bağlı olarak venöz tromboembolik olaylar riski artar (18).

Hamilelikte oksijen gereksinimi önemli ölçüde artar. Solunum hızında artışın sonucunda respiratuvar alkaloz tipiktir. Özellikle hamileliğin son dönemlerinde büyüyen uterusun etkisiyle diyafragmanın yükselmesi sonucu solunum zorluğu gelişir (19). Ayrıca hamilelik döneminde üst hava yollarında anatomik değişiklikler gelişir. Yutak ve gırtlak ödemlenir; bu da entübasyonu zorlaştırır. Ek olarak burun kılcallarında vazodilatasyona bağlı olarak burun tıkanıklığı, rinit ve burun kanaması gibi durumlarla karşılaşılabilir (21,22).

Gebelik sürecinde annede görülen adaptif değişikliklerin temelinde fiziksel değişimlere ek olarak, döneme özgü dalgalı hormonal sekresyon örüntüleri yer almaktadır. Gebelik sürecinde anne, normalde adet döngüsü sırasında belirli dönemlerde salgılanan ancak gebelik boyunca haftalarca yüksek düzeylerde seyreden progesteron, östradiol, glukokortikoidler ve prolaktin gibi maternal hormonların sürekli artışına maruz kalmaktadır. Bu hormonal değişimlere ek olarak, insan koryonik gonadotropini ve koryonik somatomammotropin ya da diğer adıyla insan plasental laktojeni gibi plasentadan salgılanan gebeliğe özgü hormonlar da tabloya katılmaktadır. Bu hormonlar, gebeliğin farklı evrelerinde salgılanarak maternal organizmada gerçekleşen adaptif süreçlerin yönlendirilmesinde ve bazı beyin fonksiyonlarında önemli roller üstlenmektedir (23,24). Ayrıca insan koryonik gonadotropini (HCG) ile tiroid uyarıcı hormon (TSH) yapısal benzerlik göstermektedir. Bu nedenle tiroid uyarımı ilk üç aylık dönemde başlar ve çeşitli mekanizmalar sonucunda tiroid hormon ihtiyacında %20-40'luk artışa sebep olur. HCG'nin, TSH reseptörü ile çapraz reaksiyonu nedeniyle tiroid uyaran hormonun laboratuvar referans aralığı normalden düşük olarak görülür (25).

Fizyolojik değişimlerin yanı sıra, gebelik süreci psikolojik etkiler ve duygusal dalgalanmalarla da karakterizedir. Hamilelik ve doğum süreci doğal bir süreç olmasına rağmen kadının bedeninde yük ve ruhsal zorlanmaya neden olabilmesinden dolayı uyum gerektiren bir dönemdir. Bu süreç aileye yeni bir bireyin dâhil olması ile mutluluk

kaynağı olmasının yanında anne adayını açısından kaygı, endişe, stres unsuru olarak da değerlendirilebilmekte ve gebelikte ve/veya doğum sonrasında depresyona yatkınlık oluşturabilmektedir. Bedeninde bebeğin bulunması, hamileliğe özel fiziksel ve hormonal dönüşümler, aile hayatında ve sosyal hayatındaki değişimler ile anne adayını bu dönemde farklı psikososyal tepkiler gösterebilir. Bu durum gebelik sürecini ve yaşam kalitesini de anlamlı düzeyde etkileyebilir (26,27).

Gebeliğin her döneminde, o evreye özgü psikolojik uyum süreçleri ortaya çıkmaktadır. İlk trimester anne adayının gebeliğe uyum sağladığı ilk dönemdir. Bu süreçte adet kesilmesi, bulantı, kusma, yorgunluk gibi fiziksel belirtilerle birlikte aile, iş ve sosyal hayatında meydana gelebilecek değişimler, ekonomik kaygılar, annelik ile ilgili endişeler gebede karmaşık duygular yaşamasına neden olabilir. Kadının hamileliği kabul etme süreci; inançları, tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, sosyal yaşam ilişkileri, daha önce yaşadığı deneyimler, gebeliğin planlı olup olmaması gibi birçok durumdan etkilenir. İkinci trimesterde annenin, karnında bebeğin varlığını kabul ettiği dönemdir. Bu dönemde kadın davranış ve duygusal olarak farklılıklar yaşar. Bebeği koruma kaygısıyla en çok izlenen duygusal durum; içe dönme ve narsisizmdir. Ayrıca ilk trimesterde başlayan gebelik semptomlarının azalması ile anne adayını yeniden kendini daha iyi hisseder. Son trimester ise annelik kimliğinin algılandığı dönemdir. Bununla birlikte doğum ile ilgili endişelerin başladığı, doğum şekli, çocuğunun sağlığı gibi belirsizliklerin getirdiği kaygıların olduğu ve günlük yaşantıya uyum sağlamada zorlukların yaşandığı dönemdir (10).

Yaşanan bu yoğun biyolojik, hormonal değişimlerin de etkisiyle hamilelik ve doğumla ilgili kaygılar ve anneliğin getireceği sorumluluklar artabilmekte, anksiyete, depresyon gibi duygudurum ve psikolojik değişiklikler de gözlenebilmektedir (28). Araştırmalar doğum öncesi dönemde anksiyete sıklığının %14 ile %59 arasında değişebildiğini, depresyonun ise hamilelik sürecinde en yaygın psikiyatrik sorun olduğunu ve %15- 65 arasında değiştiğini göstermektedir. Hamilelikte depresyon dahda çok zayıf benlik algısı, değersizlik, depresif duygulanım, sinirlilik, yorgunluk gibi semptomlarla seyredabilmektedir (13).

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi.

Uyku, periyodik olarak gelişen; çevreyle etkileşimin geçici olarak sınırlandığı ve uygun uyarılarla sona erdirilebilen özel bir bilinç durumudur (2). Vücudun fizyolojik işlevlerinin düzenlenmesi ve psikolojik dengenin korunmasında gerekli olan ve günlük olarak gerçekleşmesi beklenen uyku; bireyin beden ve ruh sağlığının sürdürülebilmesi için gerekli bir ihtiyaçtır (1). Uyku fizyolojisi uyku ve uyanıklık döngüsü halinde beyin sapı ve ön beyinde yer alan çeşitli nörokimyasal sistemlerin etkileşimiyle düzenlenir (29).

Uyanıklık beyin sapı çekirdeğinden, medulla, orta beyin ve arka hipotalamusa kadar uzanan retiküler formasyon denilen bölgedeki çeşitli nöronlar ve salınan mediyatörler tarafından sağlanır. Serotonerjik, noradrenerjik, kolinerjik, histaminerjik ve oreksinerjik nöronlar birlikte çalışarak uyanıklık ve uyarılma durumunu kontrol eder. Uykuya geçiş ve uykunun sürdürülmesi ise ön hipofizin preoptik çekirdeğinde, bu sistemlerin aktivitesinin baskılanmasıyla sağlanır. Bu çekirdekte çoğu nöron, en fazla NREM uykusu sırasında etkinlik gösterir, REM uykusu sırasında da belirli ölçüde aktiftir; ancak uyanıklık döneminde neredeyse tamamen sessiz kalır. Bu baskılamada en önemli inhibitör nörotransmitter olan GABA rol oynar (30).

2.2.2. Uykunun Evreleri

Uyku, süreklilik arz eden tek bir süreç olarak değil, gece boyunca tekrar eden çeşitli döngüler şeklinde gerçekleşir. Bu döngüler yaklaşık olarak 90-120 dakikalık süreyi kapsar ve gece süresince 3-6 defa tekrarlanır (31).

Temel olarak hızlı göz hareketlerinin görüldüğü uyku evresi (Rapid Eye Movement, REM) ve REM dışı uyku evresi (Non-Rapid Eye Movement, NREM) olmak üzere iki bölümde incelenir. Genellikle uykunun başlaması, uykulu halden NREM uyku evresine geçişle gerçekleşir. NREM uykusu N1, N2 ve N3 olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. NREM N3 evresinden sonra REM uykusuna geçilir. Gece boyunca uykunun %75-80' ini NREM, %20-25 kadarını ise REM dönemi oluşturmaktadır (29).

NREM Evre N1: uykuya geçiş evresidir ve uyku sürecinin en hafif evresi olarak kabul edilmektedir. Uyku döngüsünün %5-10'unu oluşturur. Genellikle bu aşamada uyanıldığında bireyler aslında uyuduklarının farkında olmazlar.

NREM Evre N2: sağlıklı orta yaşlı kişilerde toplam uyku miktarının en fazla kısmını yani % 45-50 kadarını oluştururlar.

NREM Evre N3: aşaması ise genel olarak 'derin uyku' ya da 'yavaş dalga uykusu' şeklinde tanımlanmaktadır ve uyku döngüsünün %20' sini oluşturmaktadır. Bu evrede uyandırılmak diğer NREM fazlarına kıyasla daha zordur. N3 safhası gece uykusunun ilk yarısında, özellikle uykunun başlarında daha çok görülme eğilimindedir (32). Bunu kişinin yorgunluğu ve uyku gereksinimi belirler.

REM uykusu hızlı göz hareketlerinin olduğu uykunun aktif dönemi olarak tanımlanabilir. NREM uykusunun aksine kendi içinde evrelere ayrılmaz. Her uyku döngüsünde gerçekleşmesine rağmen gece uykusunun son üçte bir evresinde daha yoğun ve uzun sürmektedir. Gece süresince uyanmalar genellikle REM evresinde görülür. REM evresinden çıkarken uyanıldığında rüyalar hatırlanır (29).

Uyku uyanıklık regülasyonunu düzenleyen sistemlerden birisi biyolojik ritim, diğeri ise hemostatik regülasyon mekanizmasıdır. Biyolojik ritim; canlılarda çevre ile uyumu arttıran 24 saatlik döngüdür ve gece- gündüz uyku ritmini düzenler. Hemostatik regülasyon ise vücudun uyku ihtiyacını dengeleyen sistemdir. Kişi ne kadar süre uyanık kalırsa o kadar uyku ihtiyacı artar. Bu iki sistem beraber çalışarak vücudun uyku dengesini düzenler (33).

2.2.3. Uykunun İşlevi

İnsanlar yaşamlarının yaklaşık olarak üçte birini uyuyarak geçirirler. Bununla birlikte uykunun kesin amacı tam olarak açıklığa kavuşmamış olup, yenilenme, enerji tasarrufu, hafızanın pekiştirilmesi var olan teorilerdir. Yenilenme; vücudun uyku sırasında kendini yenilediğini ve onarım süreçlerini gerçekleştirdiğini ileri sürmektedir. Bireyler tam bir gece uykusunun ardından uyandıklarında çoğunlukla kendilerini yenilenmiş ve dinç hissederler. Buna karşın, yetersiz uyku; gündüz performansında azalma, yorgunluk ve uykululuk hissine yol açmaktadır. Ayrıca uyku, öğrenmeye bağlı sinaptik oluşum ve bakım süreçlerini destekleyerek beyin plastisitesinde önemli bir rol oynayarak yeni bilgileri öğrenilmesini, depolanmasını ve mevcut bilgilerin pekiştirilmesini kolaylaştırır (32).

Uyku, çeşitli hormonların salgılanmasını ve düzenlenmesini etkiler. Büyüme hormonu üzerinde doğrudan, melatonin ve kortizol üzerinde ise sirkadiyen ritim aracılığıyla etkisi vardır. Yavaş dalga uykusu sırasında kortizol düzeyi azalırken, uyanıklıkta artış gösterir. Uyku yoksunluğu kortizol salınımını bozabilir. Ayrıca, uyku süreci gonadotropinler ve seks steroid hormonlarında dalgalanmalara neden olur (29).

2.2.4. Uyku Süresi ve Uyku Kalitesi

Uyku iki temel boyutta ele alınmaktadır; miktarı (süresi) ve kalitesi (derinliği). Her birey için normal kabul edilen uyku miktarını kesin olarak tanımlamak güçtür. Ulusal Uyku Vakfının yaşa göre ortalama uyku miktarı önerileri; yenidoğan 14-17 saat, çocuklarda 10 saat, genç yetişkin ve yetişkinlerde 7-9 saat, yaşlılarda 5-6 saate kadar değişebilmektedir (34). Amerikan uyku Tıbbı Akademisi (AASM) ve Uyku Araştırmaları Derneği yetişkin insanların optimal sağlıklarını koruyabilmeleri için her gece düzenli olarak en az yedi saat uyumalarını önermektedir (35). Ancak bu uyku süreleri ihtiyaçları bireysel ve çevresel/ biyolojik faktörlere göre değişebilmektedir (36).

Bireylerin uyku süresinde önemli bir değişiklik olmasa bile uyku yoğunlukları değişebilir. Bu durum, uyku süresinin tek başına kişinin sabahları dinlenmiş hissetmesi ve gün boyu işlevsel kalması için güvenilir bir gösterge olmadığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle bir kişi, sekiz saat ya da daha fazla uyku uyumasına rağmen uykusuzluk hissi yaşayabilmektedir. Bu tür durumlarda ortaya çıkan uyku yoksunluğu çoğunlukla uyku miktarından değil kalitesindeki bozulmalardan kaynaklanmaktadır (34).

Uyku kalitesi, bireyin gece boyunca kesintisiz ve dinlendirici bir uyku deneyimi yaşama derecesi olarak tanımlanır. Yeterli ve kaliteli uyku sonrasında birey, uyanığında kendini daha zinde ve gün boyu yenilenmiş hisseder. Uykuya geçiş süresi, uyku sırasında uyanma sıklığı, toplam uyku süresi, gündüz işlevselliği, kişinin öznel uyku verimliliği algısı uyku kalitesinin ölçütleri arasında sayılmaktadır (37).

2.2.5. Uykunun Önemi

Uyku süresi veya uyku kalitesi ihtiyacı yeteri kadar karşılanmadığında kişide bedensel ve ruhsal sorunlar meydana gelebilmektedir (38). Uyku eksikliği sonrası ruh halinde bozulma, sinirlenme, enerji kaybı, libido eksikliği, algılama güçlüğü, değerlendirme yetisinde azalma, dikkat eksikliği, bilişsel fonksiyonlarda azalma, kazalar, mesleki performansta yetersizlik, yaşam kalitesinde bozulma, sosyal hayatında olumsuz sonuçlar, aile içinde anlaşmazlıklar gibi belirtiler bildirilmektedir. Akut

durumlarda bu belirtiler genel olarak normal uyku alışkanlıklarına dönüldüğünde kaybolmaktadır. Bununla birlikte uyku eksikliği yaşayan kişilerin performanslarında değişiklik gözlenirse bile, genel olarak performanslarını koruyabilmek için daha fazla çaba sarfettikleri bildirilmiştir (34). Uyku eksikliği sonrası gözlenen etkiler bireysel olarak değişiklikler göstermektedir (39).

Araştırmalar uyku kaybının ve uyku düzensizliğinin; obezite, metabolik bozukluklar, tip 2 diyabet, bozulmuş glukoz toleransı, kardiyovasküler bozukluklar, hiperlipidemi, yüksek kan basıncı, majör depresif bozukluklar, yaygın anksiyete bozukluğu ve mortalite ile ilişkili bulunduğunu göstermektedir (40–43). Bunların yanında uzun süreli uyku eksikliği proinflatuar mediyatörlerin salınımına neden olmaktadır. Bu durum kronik düşük düzeyli inflamasyon olarak tanımlanabilmekte ve uyku eksikliğin bağışıklık sisteminde bozulmaya neden olarak sağlığı olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (44).

Günlük yaşam kalitesi ve vücut metabolizmasının normal seyri için gerekli bir ihtiyaç olan uyku ileri yaş, kadın cinsiyet, aile içinde uykusuzluk öyküsü, beslenme, bozulmuş sağlık durumu, kronik hastalıklar, psikolojik problemler, gece ve vardiyalı çalışma koşulları, kötü beslenme alışkanlıkları, ilaç kullanımı, düşük sosyoekonomik seviye ile birlikte birçok çevresel unsurdan olumsuz etkilenebilmektedir (45).

2.3. Gebelikte Uyku ve Uyku Kalitesi

Gebelik döneminde kadınlar daha sık olarak uyku miktarının azaldığını, uyku kalitesinin bozulduğunu ve gündüz daha fazla uyku ihtiyacı olduğunu bildirmektedir (5). Yapılan bir çalışmada hamilelikten önceki dönem ile hamilelik dönemi karşılaştırıldığında %84,8' inde uyku kalitesi açısından değişiklik olduğu belirtilmiş ve %72,5' inin uyku ile ilgili sorunlar yaşadığı bildirilmiştir (46). Gebelikte uykunun olumsuz etkilenmesine sebep olabilecek nedenler değerlendirildiğinde anatomik, endokrin, bedensel ve ruhsal etkenlerin bir ya da birden fazlasının eş zamanlı olarak uyku düzenini etkileyebileceği görülmüştür (5).

Gebelikte uykunun başlamasını ve seyrini etkileyen bazı mekanik faktörler arasında gastroözefagal reflü; hamileliğin erken ve geç dönemlerinde gözlenir, anatomik durumlar nedeniyle yatar pozisyondayken de gece semptomları olarak meydana gelir ve uykunun bozulmasına etki eder. Ayrıca uterusun büyümesiyle mesaneye bası oluşturması ve buna bağlı olarak geceleri sık idrara çıkılmasında en

önemli sebeplerden sayılabilmektedir (47). Bir çalışmada gebelerin yaklaşık %70' inin üçüncü trimesterde uyku problemi yaşadığı bildirilmiştir. Uykuyu olumsuz etkileyen en sık gebelik semptomları arasında ise; bulantı, kusma, fetal hareketler, sırt ağrıları, gece sık idrara çıkma, sırtüstü yatarken solunum zorluğu, bacak krampları yer almaktadır (6).

Endokrin nedenler arasında, daha çok ilk trimesterin sonlarından itibaren progesteron hormonunun pik yapmasıyla gün içinde belirgin uykulu olma haline ve derin uyku evresinde artışa neden olması önemli görülmektedir. Diğer taraftan Östrojenin REM uykusunda azaltıcı etkisi olduğu, prolaktinin derin uykuyu arttırdığı, oksitosinin ise son trimesterde uterus kasılmaları etkisiyle geceleri en yüksek seviyeye gelerek uyku durumunu etkilediği bilinmektedir. Büyüme hormonu ve kortizol de hamilelikte artarak uyku halini etkileyebilir (47). Ayrıca son derece sık görülen psikolojik etkenler, anksiyete seviyesinin artması ve stres daha çok ilk gebeliklerde olmak üzere uykuyu olumsuz etkilemektedir (48).

2.3.1. Gebelikte Sık Görülen Uyku Problemleri

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu; uyku apnesi üst solunum yolunun uyku sırasında tekrarlayan şekilde daralması veya tamamen kapanmasıyla ortaya çıkan, solunum çabasının devam etmesine rağmen hava akımında durma (apne) ya da belirgin azalma (hipopne) ile karakterize bir durumdur (49). Gebelik döneminde uyku apne gelişmesine neden olabilecek birçok endokrin ve fizyolojik değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde orofarengeal çapta daralma ve buna paralel olarak mallampati skorunda artış meydana gelir (22). Ayrıca burun mukozasında gelişen ödem ve hiperemi nedeniyle nazal açıklıkta azalma meydana gelir (50). Burun mukozasında gözlenen artan kan akımı gibi değişimler, östrojen ve progesteron düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Gebelik dönemindeki burun tıkanıklığındaki artış özellikle gebeliğin ilerleyen dönemlerinde, hava yolu daralmasına zemin hazırlayarak horlama ve uyku sırasında solunumun kısmen ya da tamamen engellenmesine neden olabilir. Obstrüktif uyku apne sendromu olan bireylerde horlama gündüz aşırı uyku hali ve tanıklı apne en sık karşılaşılan belirtiler arasında yer almaktadır (49).

Literatürde ilerleyen gebelik haftalarında solunum ile ilişkili uyku bozukluğunun arttığı bildirilmiştir (51). Gebelikte obstrüktif uyku bozukluğu ciddi anne mortalitesi, preeklampsi, gebelikte yüksek kan basıncı, gestasyonel diyabet, kardiyomyopati,

histerektomi, hastane yatış süresinin artması, sezaryen doğum, erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili bulunmuştur (52,53).

Horlama; Hamile olmayan bireylerde horlama artmış üst hava yolu direnci ve/veya obstrüktif apne ve hipopne ile ilişkilendirilebilir (49). Horlama hamilelerde yaklaşık dörtte bir oranında görülmekle birlikte, horlamanın gebelikte hipertansiyon ve preeklampsi ile ilişkili olduğu görülmüştür (54).

Huzursuz Bacak Sendromu (Restless Legs Syndrome,RLS); RLS'nin karakteristik özelliği, bacaklarda dinlenme sırasında ortaya çıkan ve hareket ettikçe geçici olarak azalan güçlü bir hareket ettirme isteğidir. Şikayetler genel olarak akşamları ya da gece uyku esnasında kötüleşir ve uyku kalitesini olumsuz etkiler, buna bağlı olumsuz gebelik sonuçlarına neden olabilir (55). Gebelik esnasında huzursuz bacak sendromunun sıklığı bir meta analiz çalışmasında %21 olarak bulunmuştur (56). Başka bir çalışmada ise gebelikle beraber yeni başlangıçlı olanların oranı %18 olarak belirtilmiştir (57). RLS'nin hem görülme sıklığı hem de şiddeti gebelik ilerledikçe artış gösterir. Genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde en yüksek düzeye ulaşır ve doğum sonrası dönemde azalır veya kaybolur (58). Ayrıca gebelik döneminde artan demir ihtiyacı ile birlikte demir eksikliğine bağlı olarak da huzursuz bacak semptomları görülebilmektedir (59).

2.3.2 Gebelikte Uyku Kalitesi ve Önemi

Gebelik döneminde yetersiz uyku kalitesi; ortalama uyku miktarının kısılması, uykusuzluk hissi ve uykuya dalma süresinin uzaması ile tanımlanmaktadır. Yetersiz uyku kalitesi, gebelerin yaklaşık %40' ında görülmekte olup üçüncü trimesterde en yüksek düzeye ulaşır ve doğumdan sonraki iki yıla kadar %50 oranında devam edebilmektedir (60). Ayrıca anne adaylarının yaklaşık olarak üçte birinin birinci trimesterde uyku kalitesinin kötü olduğu bildirilmiştir (61).

Gebeliğin ileri dönemleri ile doğum sonrası süreçte görülen uyku bozuklukları ilgisizlik, gündüz uykululuk hali, yorgunluk, tükenmişlik, ruhsal dalgalanmalar, kaygı ve depresif şikayetlere neden olabilir (62). Bunların yanında; uyku kalitesindeki düşüş; doğum sonrası depresyon riskinde artış, sezaryen doğum olasılığı, gestasyonel diyabet, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi, yüksek kan basıncı gibi çeşitli olumsuz maternal ve perinatal sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (63) Yapılan çalışmalarda, sağlıklı gebelerde uyku kalitesini olumsuz etkileyen en sık etmenler arasında ileri anne yaşı, gebelik haftasının artması, evli olmama durumu ya da çekirdek aile yapısında

yaşama, çok sayıda gebelik, başka çocukların varlığı, anksiyete ve yorgunluk yer almaktadır (5,64).

Gebelik ilerledikçe psikolojik yük artmakta; doğum, ebeveynlik sorumlulukları ve bebeğin sağlığına dair kaygılar, stres düzeyini yükselterek uyku bozukluklarının daha belirgin hale gelmesine yol açabilmekte ve hem sağlık profesyonellerinden hem de aile üyelerinden daha fazla destek gerekliliğini ortaya koyduğunu göstermektedir (63).

2.4. Gebelik ve Sosyal Destek

Hamile kadınların annelik, doğum süreci ve bebeğin sağlığıyla ilgili olarak fiziksel değişimlerin yanında kaygı, endişe ve depresif semptomlar gibi duygusal sıkıntılar perinatal sıkıntı olarak tanımlanmaktadır (65).

Bu dönemde yaşanan anksiyete ve depresyon durumlarının doğum ve gebelik komplikasyonlarını arttırdığı; yenidoğanın sağlığını olumsuz etkileyerek erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin büyüme geriliği riskini yükselttiği annede ise bulantı- kusma, iştah azalması, nefes darlığı, kalp hızında artış, kanama, yorgunluk, libido kaybı ve uyku bozuklukları gibi durumlara neden olabildiği belirtilmiştir (66). Perinatal sıkıntı semptomlarının gebelik dönemlerine göre değiştiği ve hamileliğin ortasında daha az olduğu bildirilmiştir. Perinatal sıkıntıyı etkileyen faktörler arasında eğitim seviyesinin düşük olması, ekonomik gelirin az olması, yaşadığı bölge, yalnız olmak, eş desteğinin az olması ve eşler arasındaki anlaşmazlıklar sayılabilmektedir (67,68).

Anne adayları bu dönemde ideal fiziksel ve ruhsal durumunu, pozitif sosyal ilişkileri sürdürerek, aile bireylerinden ve sağlık personellerinden yardım almak suretiyle bu değişimlere uyum sağlayabilir (69). Kadın annelik rolüne geçişinde sosyal destekten güç alır ve yeterli sosyal destek ile doğum öncesi sıkıntıyı tamponlayabilir. Aalgılanan yüksek seviyede sosyal destek ile hamileliğe uyumu ve prenatal bağlanmayı artırabilir, bu sayede stres ve anksiyete seviyesinde azalma sağlanabilir (70,71).

Sosyal destek, kişinin stres yaratan ya da çaresizlik hissettiği durumlarda, yakın çevresindeki kişilerden aldığı manevi ve maddi yardımlar olarak tanımlanır (72). Sosyal destek sağlayıcıları aile, yakın arkadaşlar, komşular veya çalışma arkadaşları olabilmektedir. Genellikle sosyal destek maddi yardım, duygusal destek ve bilişsel katkılar şeklinde üç alt boyutta incelenmektedir. Maddi destek kişinin yaşamını idame ettirebilmesi için sunulan; finansal yardım veya yemek/ev işlerinde, iş bulunması gibi

konularda yardımını içerir. Duygusal destek; sevgi, saygı, güven, ilgi, beğenilme ve kabul görölme gibi duygusal ihtiyaçların karşılanması içerir. Bilişsel destek; sorun çözebilme, bazı konularda yeterli bilginin verilebilmesi ve önerilerde bulunulabilmesi gibi konuları içermektedir (12).

Sosyal desteğin yetersiz olması da doğum öncesi sıkıntı yaşama riskini artıran önemli bir etken sayılmaktadır. Gebelik ve doğum sonrası depresyonla anksiyetenin bağlantılı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (73,74). Literatür incelendiğinde, sosyal destekten duyulan memnuniyetin annelerin ruh sağlığıyla ve psikolojik uyumla güçlü bir bağlantı olduğunu göstermiştir (75).

2.5. Gebelik ve Eş Desteği

Anne adayları üzerinde rahatlatıcı rol üstlenen sosyal desteğin, partner tarafından sağlanması daha etkili olacağı gözlemlenmiştir (67). Partner/ eş desteği, romantik ilişkiler ve evlilikte çiftlerin birbirlerine karşı sağladığı maddi, fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik yardımları içeren, evliliği doğrudan etkileyen, ilişkilerin merkezinde bulunan çok yönlü durumdur (76). Gebelik döneminde eş desteği, kadının saygın, güvenli ve özgüvenli hissetmesinde eşlik eden başlıca sosyal destek unsurlarından biridir. Evli çiftler, stres ya da bir problem ile karşılaşıldığında ilk olarak eşlerine başvurmakta, eşlerini ana sosyal dayanağı olarak görmektedir (77). Eş desteği bilişsel, duygusal ve maddi destek olmak üzere 3 farklı alt boyutta incelenebilir ve bu boyutlar birbirlerini tamamlayıcı özelliktedir (12).

Anne ve baba adayları hamilelik sürecinde birbirlerinin duygusal yönden en iyi destekleyicileri olduğunu düşünmektedir. Eşler çocuk sahibi olmayı planlanmaktan doğum süreci, doğuma hazırlık ve doğum sonrası döneme kadar çocuk bakımı ve sorumluluğunun karşılıklı paylaşılması gerektiğini düşünmektedirler (78). Baba adaylarının hamilelik sürecine katılmasında en önemli görülen yönleri anlayış, duyarlılık ve sorumluluk sahibi olmalarıdır (79).

Fiziksel, duygusal ve maddi destek olarak baba adayları hamilelik sürecinde eşlerine çeşitli şekillerde destek olmaktadır. Bunlar arasında sağlıklı beslenmesini desteklemek, rutin ev işlerinde yardımcı olmak, ağır sayılabilecek eşyaları taşımak gibi hamile kadın için zararlı olabilecek davranışları önlemek, ulaşım ve sağlık benzeri durumlar için mali destek sağlamak, gebelik izlemlerini takip edip beraberinde eşlik etmek, varsa diğer çocukların bakım sorumluluğunu almak empati ve anlayış göstermek

gibi örnekler yer alabilir. Anne ve baba adaylarının hamilelik süreci boyunca karşılıklı olarak sağlıklı iletişim kurması, anne adayının hislerini eşine aktarabilmesi, anne ve babanın bebek için hazırlıkları beraber yapması gibi hallerin ebeveynlik rollerinin güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır (17). Çiftlerin gündelik yaşama bakışları, yaşanan değişimlere uyum biçimleri ve paylaştıkları mutluluklar evlilik memnuniyetini etkileyen unsurlardır. Bu süreçte ise kocanın destekleyici bir unsur olarak rol üstlenmesi gerekmektedir (80).

2.5.1. Gebelikte Eş Desteğinin Psikolojik ve Fiziksel Etkileri

Literatürde sosyal desteğin, özellikle de eş desteğinin anne bebek sağlığı konusunda yararlı etkisini ortaya koyan çok sayıda araştırma mevcuttur (17).

Gebelik döneminde eşinin desteği hamile kadınların endişe ve stresini azaltır. Eş desteği yükseldikçe anne adayının karşılaştığı problemlerle baş etme kabiliyeti artar ve bu destek annelik kimliğini olumlu yönde etkiler (66,81,82). Bir çalışmada destekleyici bir partner ilişkisi doğum sonrası annenin duygusal sıkıntısını azaltabilir ve bebeğin stres tepkilerini hafifletebilir; bu durum ile anne-çocuk refahını artırarak zihinsel sağlık müdahalelerinde eş ilişkilerinin önemli bir rol oynayabileceğini belirtilmektedirler (83). Ayrıca yakın zamanda yapılan bir çalışmada algılanan eş desteği doğum korkusu ve doğum sonrası depresyon ile ilişkili bulunmuştur (14).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise hamile kadınların algıladıkları eş desteğinin doğuma yönelik öz yeterlik düzeylerini de etkilediği belirtilmiştir (77). Yine ülkemizde Covid 19 pandemi döneminde maruz kalınan stres durumuna yönelik eş desteğini tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada anne adaylarının stres düzeylerinin düşük, eş destek düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür. Bu da evde kalma uygulaması nedeniyle, çiftlerin ev içi birlikte zaman geçirmesine bağlanmıştır (84). Başka bir çalışmada ise eş desteğinin kaygı ve fizyolojik gebelik şikâyetlerini olumlu olarak etkilediği bildirilmiştir (85).

Bütün bunların yanında baba adayının anne karnındaki bebeğin varlığını hissetmesi babanın duygusal yakınlığını belirgin şekilde arttırdığı, baba rolüne geçişi kolaylaştırdığı bildirilmiştir (80). Babanın varlığı erken doğum ve bebeğin düşük kilolu doğma ihtimalinin azalması, fetüsün büyüme kısıtlılığının önlenmesi gibi olumlu yöndeki sonuçlarla ilişkili bulunmuştur (86).

Hamilelik sürecinde eş desteğini şekillendiren birçok faktör vardır. Bunlar arasında; anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi, gebelik

sayısı, gebeliğin planlı olup olmaması, var olan çocuk sayısı gibi durumlar sayılabilmektedir (17,87).

2.6. Sosyal Destek/ Eş Desteği ve Uyku Kalitesi

Sosyal desteğin hem uykuyla hem de sağlık sonuçları ile ilişkisi olduğu bilinmektedir (88). Kent de Grey ve ark.'nın (89) meta-analiz çalışmasında sosyal destek ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelenmiştir ve sosyal destek seviyesi ile uyku kalitesi önemli düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yaşlı yetişkinlerde yapılan bir araştırmada ise tekrarlayan olumsuz düşüncelerin uyku kalitesine olan negatif etkilerinin, eşlerinden devamlı ve yüksek düzeyde destek aldığını bildiren kişilerde azaldığı gösterilmiştir. Algılanan eş desteğinin yaşlılarda tekrarlayan olumsuz düşüncelerin uyku kalitesindeki olumsuz tesirlerini azaltan bir psikososyal kaynak olduğu belirtilmiştir (90). Krause ve ark.'nın (91) sosyal destek algısının uyku üzerine dolaylı etkisini inceledikleri çalışmada; alınan sosyal destek miktarının artmasıyla memnuniyetin arttığı, memnuniyetin artmasıyla da anlam duygusunun arttığı, anlam duygusunun güçlü olması ile de depresif semptomların daha azaldığı görülmüştür. Depresif semptomların azalması ile de uyku olumlu yönde etkilenmiştir. Nguyen ve ark.'nın (92) çalışmasında ise kişilerin kronik strese maruziyeti uyku kalitesinde bozulma ile ilişkilendirilmiştir. Aileden alınan duygusal desteğin ise huzursuz uyku ve uykuya güç dalma üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir araştırmada üçüncü trimester gebelerde depresif, kaygı, endişe semptomlarının doğum öncesi depresyon ile ilişkili olduğu, sosyal destek ve uyku kalitesinin de bu sürece dolaylı yünden aracılık ettiği bildirilmiştir (93). Dikmen' in (71) gebelerde sosyal desteğin stres, depresyon ile uyku kalitesi üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında; gebelerin algıladıkları yüksek düzeyde sosyal desteğin uyku kalitesi ile pozitif, depresyon ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve analitik bir araştırma olarak planlanmış ve 05.07.2025- 10.09.2025 tarihleri arasında Çorum Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı olarak hizmet veren Gebe İzlem Polikliniği ve Gebe Okulunda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 05.07.2025- 10.09.2025 tarihleri arasında Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği ve Gebe Okuluna başvuran gebeler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmak için aranan ölçütler; 18-49 yaş arasında olunması, en az 1 aylık gebe olunması ve katılımcıların eşleriyle birlikte yaşıyor olmasıdır. Çalışmayı sürdüremeyecek seviyede iletişim problemi olanlar, tıbbi psikiyatrik tanımlı gebeler, uyku apne sendromu olan ve başvuru esnasında eşleri yanında olmayan gebeler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Güç analizi, G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak yapılmış olup, alfa düzeyi %5, güç düzeyi %95 ve etki büyüklüğü $f^2=0,15$ için gerekli örneklem sayısı 230 olarak hesaplanmıştır. Toplam 240 gebe ile çalışılmıştır.

3.3. İşlem

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı sorumlularından, Etik Kuruldan ve Hastane yönetiminden gerekli izinler alındıktan sonra çalışma için Temmuz 2025 - Eylül 2025 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Gebe İzlem Polikliniğine ve Gebe Okuluna gelen gebelere çalışma ile ilgili bilgiler verildi. Uygulamayı devam ettirmek isteyen ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara aydınlatılmış onam formu ayrıntılı bir şekilde açıklanıp veri toplama öncesi katılımcıların onamları alındı. Katılımcılara kişisel bilgilerinin istenmeyeceği, elde edilen bilgilerin araştırmacılar haricinde hiç kimsenin erişimi dâhilinde olmayacağı hakkında bilgi verildi. Araştırmaya

katılan gebelerden ayrı bir odada, tek tek ve yüz yüze yaklaşık 15 dk süren veri formlarını doldurmaları istendi. Katılımcıların herhangi bir soru ihtimaline karşı araştırmacı ortamda hazır bulundu, sorulan sorular objektif bir şekilde herhangi bir yönlendirme yapılmadan cevaplandı. Toplam 240 kişiye bu yöntem aracılığıyla ulaşıldı.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılarla yapılan görüşmede; bilgilendirilmiş onamın okunması ve imzalanmasının ardından katılımcılara; Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği (16 soru), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (11 soru), araştırmacı ve yönetici tarafından literatür bilgisiyle hazırlanan Sosyodemografik veri formu (18 soru), içeriğindeki toplam 45 soru yöneltmiştir.

3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Gebe ve eşinin yaşı, çalışma durumları, eğitim seviyeleri, ekonomik durum, gebelik haftası, kronik hastalık öyküsü, gebeliğin istemli olup olmadığı gibi soruların yanında aynı evde yaşayan sosyal destek açısından etkileyecek eş dışında başkasının var olup olmadığı gibi durumlar sorgulanmıştır (Ek1).

3.4.2. Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ)

Gebelerde eş desteği algısını ölçmek amacıyla, Yurdakul ve ark. (12) tarafından geliştirilmiş ve 2020 yılında güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yayımlanmıştır. Toplamda 16 soru ve duygusal, bilişsel ve maddi destek olmak üzere 3 alt boyut içermektedir. Ölçeğin bütünü Cronbach alfa güvenilirliği 0,893 olarak hesaplanmıştır. Bilişsel destek boyutunu içeren maddeler 1, 4, 6, 10, 11 ve 15. maddelerdir ve bu alt boyuttan alınabilecek en düşük değer 6, en yüksek değer ise 30' dur. Duygusal destek boyutunu içeren maddeler 2, 3, 4, 8 ve 13. maddelerdir ve bu boyuttan alınabilecek en düşük değer 5, en yüksek değer 25'tir. Maddi destek alt boyutunu içeren maddeler 7, 9, 12, 14 ve 16. maddelerdir ve alınabilecek en düşük değer 5, en yüksek değer 25' tir. Toplamda 16 soruluk ölçekten elde edilebilecek en düşük değer 16, en yüksek değer ise 80 olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması gebelikte algılanan eş desteğinin daha yüksek düzeyde olduğunu, elde edilen puanların düşük olması ise eş desteği algısının daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir (Ek2).

3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ; Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

PUKİ, Buysse ve ark. (94) tarafından 1989 yılında geliştirilen ve son bir ay içindeki uyku bozukluğunu ve uyku kalitesini değerlendiren öz değerlendirme testidir. Ülkemizde Ağargün ve ark. (95) tarafından 1996 yılında Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek çalışmasının örneklemini sağlıklı bireyler, uyku bozukluğu olan hastalar ve depresif hastalar oluşturmaktadır. PUKİ ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,804' tür. Ölçekte 24 madde yer almaktadır. Bunların 19 tanesi kişinin kendisi tarafından cevaplanan öz bildirim sorularıdır. Kalan 5 soruyu ise partnerinin ya da oda arkadaşının cevaplama istenmektedir. Puanlanan 18 madde, 7 bileşen olarak gruplandırılmıştır. Bu bileşenler sırasıyla; öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alıılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz uyku işlev bozukluğudur. Her soru 0-1-2-3 olarak hesaplanır ve yedi bileşenin toplamı PUKİ sonucunu vermektedir. Bu şekilde PUKİ skoru en düşük 0 ve en yüksek 21 değerini almaktadır. PUKİ sonucu 5 puan ve üzerinde ise uyku kalitesi kötü, altında ise uyku kalitesi iyi şeklinde değerlendirilmektedir (Ek3).

3.5. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler nicel değişkenlerde ortalama (Ort), standart sapma (SS), ortanca, çeyreklikler arası dağılım aralığı (ÇADA) ve dağılım aralığı (minimum – maksimum) ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sunulmuştur. Normal dağılım varsayımı Shapiro-Wilk testi veya Q-Q grafiği ile, varyansların homojenliği Levene test ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası farklar Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner posthoc testi) ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman Sıra Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Gebelerde uyku kalitesini etkileyen değişkenler Çok Değişkenli Doğrusal regresyon modeli ile incelenmiştir. Modelde uyku kalitesi toplam puanı ile $p < 0.05$ düzeyinde ilişkili olan değişkenler yer almıştır ve gebe yaşına göre düzeltilmiş etkiler raporlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyi olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler açık kaynak kodlu Jamovi (versiyon 1.0) yazılımı ile yapılmıştır (96).

3.6. Çıkar Çatışması

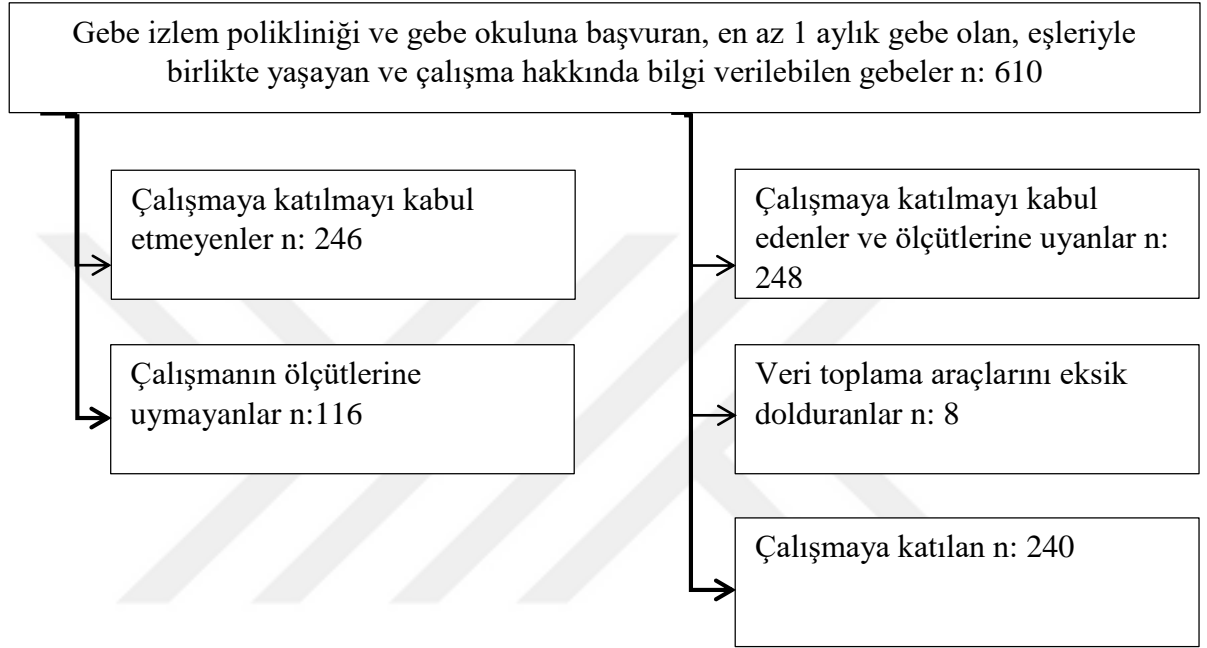
Bu araştırmada herhangi bir kişisel ya da mali çıkar atışması bulunmamaktadır.

3.7. Etik Onay ve Araştırma İzni

Çalışmanın etik kurul onayı orum Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 17.12.2024 tarihinde 2024-141 karar numarası ile alınmıştır.



4. BULGULAR



Şekil 1: Akış Şeması

4.1. Katılımcı Özellikleri

Çalışmaya katılan 240 gebe ve eşlerine ait özellikler Tablo 1’ de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcı Özellikleri

Özellik		n	%
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	14,58
	25-29 yıl	99	41,25
	30-34 yıl	78	32,50
	34-39 yıl	23	9,58
	40 yıl ve üzeri	5	2,08
Eş yaşı	18-24 yıl	10	4,17
	25-29 yıl	78	32,50
	30-34 yıl	91	37,92
	34-39 yıl	44	18,33
	40 yıl ve üzeri	17	7,08
Gebe vki sınıflaması	Zayıf (VKİ <18,5)	4	1,67
	Normal (18,5<VKİ<24,9)	77	32,08

	Fazla Kilolu ($25 < VKİ < 29,9$)	99	41,25
	Obez ($30 < VKİ < 39,9$)	60	25,00
Gebe kronik hastalık	Var	36	15,00
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	12,08
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	2,08
	Ortaokul	28	11,67
	Lise	57	23,75
	Ön lisans	38	15,83
	Lisans	88	36,67
	Lisansüstü	17	7,08
	Doktora	7	2,92
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	2,50
	Ortaokul	33	13,75
	Lise	54	22,50
	Ön lisans	39	16,25
	Lisans	83	34,58
	Lisansüstü	20	8,33
	Doktora	5	2,08
Gebe çalışma durumu	Çalışıyor	93	38,75
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	236	98,33
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	78,75
	Gece	8	3,33
	Vardiyalı	25	10,42
	Nöbet	18	7,50
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	24,16
	Gelir=Gider	133	55,42
	Gelir<Gider	49	20,42
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	37,50
	3-5 yıl	89	37,08
	6-8 yıl	30	12,50
	9-11 yıl	15	6,25
	12 yıldan fazla	16	6,67

Katılımcıların gebelik ile ilgili özellikleri Tablo 2' de sunulmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Gebelik İle İlgili Özellikleri

Özellik	n	%
Gebelik haftası	1. trimester (0-12 hafta)	29 12,08
	2. trimester (13-26 hafta)	83 34,58
	3. trimester (27 hafta ve sonrası)	128 53,34
Kaçınıcı gebelik	1. gebelik	128 53,33
	2. gebelik	69 28,75
	3. gebelik	31 12,92
	4. gebelik ve sonrası	12 5,00
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Var	44 18,33
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146 60,83
	1 çocuk	66 27,50
	2 çocuk	22 9,17

	3 ve daha fazla çocuk	6	2,50
Yaşayan engelli çocuk	Var	3	1,25
İstemi gebelik olma durumu	Evet	223	92,92
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	29,58

4.2. Ölçek Puanları

Katılımcıların yanıtlamış olduğu Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine (PUKİ) ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeğine (GEDAÖ) ilişkin puanların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3' te sunulmuştur.

Tablo 3: Ölçek Puanları

Ölçek puanı	Ort (SS)	Ortanca (ÇADA)	Min - Maks
PUKİ Toplam	6,44 (2,69)	6 (4,5-8)	0 – 14
GEDAÖ Toplam	66,76 (12,90)	70 (59,5-77)	16 – 80
GEDAÖ Bilişsel Alt Boyut	24,31 (5,91)	26 (21,30)	6 – 30
GEDAÖ Duygusal Alt Boyut	20,99 (4,00)	22 (19-24)	5 – 25
GEDAÖ Maddi Alt Boyut	21,46 (4,20)	23 (19-25)	5 – 25

n=240 katılımcıya ilişkin ölçek puanları.

Araştırmaya katılan bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanlarına ilişkin dağılım Tablo 4' te verilmiştir. Katılımcıların %25' inin (n=60) 0-4 puan aralığında yer aldığı, %75' inin (n=180) ise 5 ve üzeri puan aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4: PUKİ Puanı Dağılımı

PUKİ toplam puan	n	% Yüzde
0-4 puan arası	60	25
5 ve üzeri puan	180	75
Toplam	240	100

4.3. Uyku Kalitesi İndeksi

Uyku kalitesi PUKİ toplam puanı ile değerlendirilmiştir. Gebelerin özelliklerinin uyku kalitesi puanına göre dağılımı Tablo 5' te sunulmuştur.

Tablo 5: Katılımcı Özelliklerinin Uyku Kalitesi Puanına Göre Dağılımı

Özellik		PUKI Toplam puanı		
		n	Ort (SS)	Min-Maks
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	6,17 (2,94)	1-12
	25-29 yıl	99	6,89 (2,91)	0-14
	30-34 yıl	78	6,35 (2,41)	2-13
	35 yaş ve üzeri	28	5,46 (2,08)	1-9
Eş yaşı	18-24 yıl	10	4,4 (2,55)	1-10
	25-29 yıl	78	6,83 (2,82)	1-14
	30-34 yıl	91	6,29 (2,65)	0-14
	35 yaş ve üzeri	61	6,51 (2,51)	1-12
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	5,50 (1,73)	4-7
	Normal	77	5,86 (2,55)	1-14
	Fazla Kilolu	99	6,57 (2,75)	2-14
	Obez	60	7,05 (2,72)	0-14
Gebe kronik hastalık	Var	36	6,53 (2,41)	0-12
	Yok	20	6,43 (2,75)	1-14
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	6,21 (2,01)	3-12
	Yok	21	6,47 (2,78)	0-14
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	8,20 (3,27)	6-14
	Ortaokul	28	6,43 (2,97)	0-12
	Lise	57	6,61 (2,81)	1-14
	Ön lisans	38	6,39 (1,79)	2-10
	Lisans	88	6,24 (2,82)	1-14
	Lisansüstü	17	6,88 (3,02)	2-13
	Doktora	7	5,57 (2,07)	3-8
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	7,17 (0,75)	6-8
	Ortaokul	33	6,85 (2,74)	2-12
	Lise	54	6,35	0-14

			(3,00)	
			6,90	
	Ön lisans	39	(2,41)	2-11
			6,18	
	Lisans	83	(2,55)	2-14
			5,95	
	Lisansüstü	20	(2,91)	1-12
			6,60	
	Doktora	5	(4,22)	1-12
			6,16	
Gebe çalışma durumu	Evet	93	(2,60)	1-14
		14	6,62	
	Hayır	7	(2,75)	0-14
		23	6,44	
Eş çalışma durumu	Evet	6	(2,71)	0-14
			6,75	
	Hayır	4	(1,89)	4-8
		18	6,33	
Eş mesai zamanı	Gündüz	9	(2,71)	0-14
			7,63	
	Gece	8	(3,89)	3-14
			6,32	
	Vardiyalı	25	(2,19)	1-11
			7,22	
	Nöbet	18	(2,56)	3-11
			6,45	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	(2,56)	2-14
		13		
	Gelir=Gider	3	6,2 (2,60)	0-13
			7,08	
	Gelir<Gider	49	(3,05)	1-14
			6,52	
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	(2,97)	1-14
	3-5 yıl	89	6,1 (2,53)	0-14
			6,82	
	5 yıl üzeri	61	(2,47)	1-12
			4,86	
Gebelik haftası	1. trimester	29	(2,31)	1-11
			5,86	
	2. trimester	83	(2,14)	1-14
		12	7,18	
	3. trimester	8	(2,86)	0-14
		12	6,31	
Kaçıncı gebelik	1. gebelik	8	(2,80)	1-14
			6,19	
	2. gebelik	69	(2,45)	0-12
			7,23	
	3. gebelik ve sonrası	43	(2,65)	1-12
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Var	44	7,2 (2,93)	0-13
		19	6,27	
	Yok	6	(2,62)	1-14
		14	6,27	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	6	(2,85)	0-14
	1 çocuk	66	6,73	2-12

			(2,28)	
	2 veya daha fazla çocuk	28	6,64 (2,80)	1-12
Yaşayan engelli çocuk varlığı	Var	3	8,67 (2,89)	7-12
	Yok	23	6,41 (2,69)	0-14
İstemli gebelik olma durumu	Evet	7	6,41 (2,75)	0-14
	Hayır	22	6,82 (1,78)	3-10
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	17	6,03 (2,12)	2-10
		16	6,62	
	Yok	9	(2,89)	0-14

Uyku kalitesi toplam puanı ile ilişkili özellikler Tablo 6’ da sunulmuştur. Uyku kalitesi puanı ile gebenin yaşı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanım durumu, gebe ve eşinin eğitim düzeyleri, gebe çalışma durumu, eş mesai zamanı, ekonomik durum, evlilik süresi, yaşayan çocuk sayısı, istemli gebelik ve gebe ile aynı evde yaşayan birinin olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Gebe eşlerinin yaş grupları ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,043$) (Tablo 6). Eşinin yaşı 25 – 29 yaş arasında olanların PUKİ puanı, 18 – 24 yaş arasında olanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,041$). Eşin diğer yaş grupları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Gebelerin VKİ sınıflamasına göre uyku kalitesi puanının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p=0,040$) (Tablo 6). Obez olan gebelerin PUKİ puanı, VKİ’ si normal olan gebelerden daha yüksek bulunmuştur ($p=0,026$). VKİ’ si normal olan gebeler ile zayıf ($p=0,994$) veya fazla kilolu olanlar ($p=0,397$) arasında, VKİ’ si zayıf olan gebeler ile fazla kilolu ($p=0,851$) veya obez ($p=0,554$) olanlar arasında ve VKİ’ si obez olan gebeler ile fazla kilolu olanlar arasında PUKİ puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,520$).

Gebelik dönemine göre uyku kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 6). Gebeliğinin 3.trimesterinde olanların PUKİ puanı, 1.trimesterinde ($p<0,001$) ve 2.trimesterinde ($p=0,002$) olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Birinci ve ikinci trimesterinde olan gebeler arasındaki PUKİ puanı farkı sınırdadır ($p=0,056$).

Gebelik sayısı ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,042) (Tablo 6). İlk gebeliği olanlara göre, üç veya daha fazla gebeliği olan gebelerin PUKİ puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,048). İkinci gebeliği olanlar ile ilk gebeliği (p=0,987) ve 3. gebelik ve sonrası (p=0,066) olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Gebeliğinde düşük veya ölü doğum ile karşılaşanların PUKİ puanı, bu durumlarla ile karşılaşmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,016) (Tablo 6).

Tablo 6: Uyku Kalitesi Toplam Puanı İle İlişkili Özellikler

Özellik		PUKİ Toplam puanı		
		n	Ortanca (ÇADA)	p
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	6 (4-9)	0,098 ^a
	25-29 yıl	99	7 (5-8)	
	30-34 yıl	78	6 (4-8)	
	35 yaş ve üzeri	28	5,5 (4-7)	
Eş yaşı	18-24 yıl	10	4 (3-6)*	0,043 ^{a*}
	25-29 yıl	78	7 (5-8)*	
	30-34 yıl	91	6 (4-8)	
	35 yaş ve üzeri	61	6 (5-8)	
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	5,5 (4-7)*	0,040 ^{a*}
	Normal	77	6 (4-7)	
	Fazla Kilolu	99	6 (4-8)	
	Obez	60	7 (5-9)*	
Gebe kronik hastalık	Var	36	6 (5-8)	0,686 ^b
	Yok	20	6 (4-8)	
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	6 (5-7)	0,633 ^b
	Yok	21	6 (4-8)	
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	7 (7-7)	0,722 ^a
	Ortaokul	28	6 (5-8)	
	Lise	57	6 (4-9)	
	Ön lisans	38	7 (5-8)	
	Lisans	88	6 (4-8)	
	Lisansüstü	17	7 (4-9)	
	Doktora	7	5 (4-8)	
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	7 (7-8)	0,314 ^a
	Ortaokul	33	7 (5-9)	
	Lise	54	6 (4-8)	
	Ön lisans	39	7 (5-9)	
	Lisans	83	6 (4-8)	
	Lisansüstü	20	5 (4-8)	
	Doktora	5	8 (4-8)	
Gebe çalışma durumu	Evet	93	6 (4-8)	0,137 ^b

		14		
	Hayır	7	7 (5-8)	
		18		
Eş mesai zamanı	Gündüz	9	6 (4-8)	0,491 ^b
	Gece	8	6 (5-11)	
	Vardiyalı	25	7 (5-8)	
	Nöbet	18	7,5 (5-10)	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	6,5 (4-8)	0,212 ^a
		13		
	Gelir=Gider	3	6 (5-8)	
	Gelir<Gider	49	7 (5-9)	
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	6 (4-8)	0,176 ^a
	3-5 yıl	89	6 (4-8)	
	5 yıl üzeri	61	7 (5-8)	
				<0,001 ^a
Gebelik haftası	1. trimester	29	5 (4-6)	*
	2. trimester	83	6 (4-7)	
		12		
	3. trimester	8	7 (5-9)*	
		12		
Kaçıncı gebelik	1. gebelik	8	6 (4-8)*	0,042 ^{a*}
	2. gebelik	69	6 (5-8)	
	3. gebelik ve sonrası	43	8 (5-9)*	
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Var	44	8 (5,5-9)	0,016 ^{b*}
		19		
	Yok	6	6 (4-8)	
		14		
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	6	6 (4-8)	0,305 ^a
	1 çocuk	66	7 (5-8)	
	2 veya daha fazla çocuk	28	6,5 (5-8,5)	
		22		
İstemli gebelik olma durumu	Evet	3	6 (4-8)	0,320 ^b
	Hayır	17	7 (5-8)	
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	6 (4-8)	0,185 ^b
		16		
	Yok	9	7 (5-8)	

^aKruskal-Wallis test veya ^bMann-Whitney U testi. *İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05.

4.4. Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği

Gebelikte eş desteği algısı toplam puanı, bilişsel, duygusal ve maddi alt boyut puanı ile değerlendirilmiştir. Katılımcı özelliklerinin GEDAÖ Toplam puanına göre dağılımı Tablo 7' de sunulmuştur.

Tablo 7: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Toplam Puanına Göre Dağılımı

Özellik		GEDAÖ Toplam puanı		
		n	Ort (SS)	Min-Maks
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	67,66 (14,42)	18-80
	25-29 yıl	99	68,97 (12,37)	27-80
	30-34 yıl	78	65,72 (12,03)	16-80
	35 yaş ve üzeri	28	60,71 (13,51)	26-80
Eş yaşı	18-24 yıl	10	74 (6,18) 68,28	65-80
	25-29 yıl	78	(13,11) 67,75	18-80
	30-34 yıl	91	(11,72) 62,15	27-80
	35 yaş ve üzeri	61	(13,99) 70,00	16-80
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	(12,94) 69,58	51-80
	Normal	77	(10,93) 66,54	39-80
	Fazla Kilolu	99	(12,17) 63,28	26-80
	Obez	60	(15,56) 68,69	16-80
Gebe kronik hastalık	Var	36	(11,55) 66,42	40-80
	Yok	4	(13,12) 68,45	16-80
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	(12,03) 66,53	40-80
	Yok	1	(13,02) 69,00	16-80
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	(10,54) 64,43	57-80
	Ortaokul	28	(15,32) 64,05	26-80
	Lise	57	(14,42) 68,71	16-80
	Ön lisans	38	(11,07) 67,73	45-80
	Lisans	88	(12,27) 69,82	27-80
	Lisansüstü	17	(10,25) 66,29	46-80
	Doktora	7	(13,29) 63,00	39-80
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	(17,66) 63,79	35-80
	Ortaokul	33	(13,13) 68,67	37-80
	Lise	54	68,67	18-80

			(13,18)	
			62,31	
	Ön lisans	39	(15,90)	16-80
			69,22	
	Lisans	83	(11,01)	34-80
	Lisansüstü	20	65,40 (9,99)	39-80
	Doktora	5	69,60 (5,64)	63-77
			67,69	
Gebe çalışma durumu	Evet	93	(11,89)	27-80
		14	66,17	
	Hayır	7	(13,50)	16-80
		23	66,81	
Eş çalışma durumu	Evet	6	(12,77)	16-80
	Hayır	4	63,5 (21,42)	35-80
		18	66,39	
Eş mesai zamanı	Gündüz	9	(12,84)	16-80
	Gece	8	72,38 (9,69)	55-80
			63,48	
	Vardiyalı	25	(15,59)	26-80
	Nöbet	18	72,67 (8,13)	55-80
			65,57	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	(14,43)	18-80
		13	68,19	
	Gelir=Gider	3	(11,85)	16-80
			64,29	
	Gelir<Gider	49	(13,48)	35-80
			68,92	
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	(12,60)	16-80
			67,75	
	3-5 yıl	89	(12,27)	18-80
			62,11	
	5 yıl üzeri	61	(13,26)	26-80
Gebelik haftası	1. trimester	29	68,79 (8,98)	53-80
	2. trimester	83	67 (14,19)	16-80
		12	66,14	
	3. trimester	8	(12,80)	18-80
		12	69,23	
Kaçıncı gebelik	1. gebelik	8	(11,76)	16-80
			66,29	
	2. gebelik	69	(13,27)	18-80
			60,14	
	3. gebelik ve sonrası	43	(13,41)	26-80
			63,61	
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	(14,65)	18-80
		19	67,46	
	Hayır	6	(12,41)	16-80
		14	68,74	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	6	(11,95)	16-80
			65,68	
	1 çocuk	66	(13,14)	18-80
	2 veya daha fazla çocuk	28	58,96 (14,28)	26-79
			60,67	
Yaşayan engelli çocuk varlığı	Var	3	(17,79)	45-80

		23	66,84	
	Yok	7	(12,86)	16-80
İstemli gebelik olma durumu	Evet	22	67,26	
		3	(12,37)	16-80
	Hayır	17	60,24	
		17	(17,73)	26-80
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	69,18	
		16	(12,07)	18-80
	Yok	9	65,74	
		9	(13,13)	16-80

Gebelikte eş desteği algısı toplam puan ile ilişkili özellikler Tablo 8'de sunulmuştur. GEDAÖ toplam puanı ile gebenin VKİ sınıflaması, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanımı, gebe ve eşinin eğitim düzeyleri, gebe çalışma durumu, eş mesai zamanı, ekonomik durum, gebelik haftası, gebelikte düşük veya ölüm olması ve istemli gebelik olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Gebelerin yaş grubu ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,003$) (Tablo 8). Yaşı 35 ve üzerinde olanların ölçek puanı, 18 – 24 yaş ($p=0,038$) ve 25 – 29 yaş aralığında ($p=0,006$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Gebenin diğer yaş grupları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebe eşlerinin yaş grubuna göre ise GEDAÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,004$) (Tablo 8). Eşin yaşı 35 yaş ve üzerinde olanların ölçek puanı, 18 – 24 yaş ($p=0,032$), 25 – 29 yaş ($p=0,025$) ve 30 – 34 yaş aralığında ($p=0,040$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Eşin diğer yaş grupları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Evlilik süresi ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 8). Evlilik süresi 5 yıl ve üzeri olanların ölçek puanı, 0 – 2 yıl ($p<0,001$) ve 3 – 5 yıl aralığında ($p=0,010$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Evlilik süresi 0 – 2 yıl ve 3 – 5 yıl arasında olan gebeler ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,431$).

Gebelik sayısı ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 8). Üç veya daha fazla gebeliği olan gebelerin ölçek puanı, ilk gebeliği ($p<0,001$) ve 2.gebeliği ($p=0,021$) olanlardan daha düşük

bulunmuştur. İlk ve 2. gebeliği olanlar ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,182$).

Yaşayan çocuk sayısı ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 8). Yaşayan 2 veya daha fazla çocuğu olan gebelerin ölçek puanı, yaşayan çocuğu olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Yaşayan bir çocuğu olan gebelerin ölçek puanı, yaşayan çocuğu olmayanlar ($p=0,166$) ve yaşayan 2 veya daha fazla çocuğu olanlar arasında ($p=0,056$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Evinde eşi dışında başka biri olmayan gebelerin olanlara göre GEDAÖ puanı daha düşük bulunmuştur ($p=0,035$) (Tablo 8).

Tablo 8: Gebelikte Eş Desteği Algısı Toplam Puanı İle İlişkili Özellikler

Özellik		GEDAÖ Toplam puanı		
		n	Ortanca (ÇADA)	p
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	72 (64-79)*	0,003 ^{a*}
	25-29 yıl	99	75 (62-79)*	
	30-34 yıl	78	68 (59-76)	
	35 yaş ve üzeri	28	63 (55,5-69,5)*	
Eş yaşı	18-24 yıl	10	76 (67-80)	0,004 ^{a*}
	25-29 yıl	78	74 (62-79)	
	30-34 yıl	91	72 (62-76)	
	35 yaş ve üzeri	61	63 (55-72)*	
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	74,5 (63-78)	0,078 ^a
	Normal	77	73 (64-79)	
	Fazla Kilolu	99	68 (61-77)	
	Zayıf veya obez	60	66,5 (54-76)	
Gebe kronik hastalık	Var	36	73 (60,5-78)	0,367 ^b
	Yok	204	70 (59-77)	
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	73 (61-78)	0,446 ^b
	Yok	211	70 (59-77)	
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	66 (62-80)	0,544 ^a
	Ortaokul	28	68,5 (56-77)	
	Lise	57	67 (57-75)	
	Ön lisans	38	72,5 (59-79)	
	Lisans	88	71 (62-77)	
	Lisansüstü	17	73 (63-80)	
	Doktora	7	71 (63-74)	
	İlkokul veya			
Eş eğitim düzeyi	okuryazar	6	64,5 (54-80)	0,136 ^a
	Ortaokul	33	66 (53-75)	
	Lise	54	73,5 (64-78)	
	Ön lisans	39	63 (53-78)	
	Lisans	83	73 (63-77)	

	Lisansüstü	20	67 (59-72)	
	Doktora	5	71 (65-72)	
Gebe çalışma durumu	Evet	93	70 (62-77)	0,454 ^b
	Hayır	147	70 (58-77)	
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	69 (59-77)	0,070 ^b
	Gece	8	76 (66-80)	
	Vardiyalı	25	71 (49-75)	
	Nöbet	18	75,5 (70-80)	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	70,5 (58-76)	0,255 ^a
	Gelir=Gider	133	71 (63-78)	
	Gelir<Gider	49	65 (55-76)	
				<0,001 ^a
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	72,5 (63-80)	*
	3-5 yıl	89	72 (62-76)	
	5 yıl üzeri	61	62 (55-73)*	
Gebelik haftası	1. trimester	29	68 (64-78)	0,537 ^a
	2. trimester	83	72 (60-79)	
	3. trimester	128	69 (59-76)	
				<0,001 ^a
Kaçıncı gebelik	1. gebelik	128	73 (63-79)	*
	2. gebelik	69	70 (59-76)	
	3. gebelik ve sonrası	43	61 (53-72)*	
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	67 (54,5-76)	0,115 ^b
	Hayır	196	71 (61-78)	
				<0,001 ^a
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	72,5 (63-79)*	*
	1 çocuk	66	67,5 (59-76)	
	2 veya daha fazla çocuk	28	59,5 (47-72)*	
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	71 (60-77)	0,118 ^b
	Hayır	17	62 (53-75)	
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	74 (61-79)	0,035 ^{b*}
	Yok	169	68 (59-76)	

^aKruskal-Wallis test veya ^bMann-Whitney U testi. *İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05.

Katılımcı özelliklerinin GEDAÖ bilişsel alt boyut puanına göre dağılımı Tablo 9' da sunulmuştur.

Tablo 9: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Bilişsel Alt Boyut Puanına Göre Dağılımı

Özellik		GEDAÖ Bilişsel alt boyut puanı		
		n	Ort (SS)	Min-Maks
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	25,03 (5,56)	7-30
	25-29 yıl	99	25,25 (6,10)	6-30
	30-34 yıl	78	2,45 (5,51)	6-30
	35 yaş ve üzeri	28	22,46 (6,26)	6-30
Eş yaşı	18-24 yıl	10	27,60 (2,46)	24-30
	25-29 yıl	78	24,86 (5,85)	7-30
	30-34 yıl	91	24,64 (5,65)	6-30

	35 yaş ve üzeri	61	22,57 (6,41)	6-30
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	23,50 (6,24)	15-30
	Normal	77	25,83 (4,63)	15-30
	Fazla Kilolu	99	24,25 (5,61)	6-30
	Obez	60	22,50 (7,30)	6-30
Gebe kronik hastalık	Var	36	24,69 (5,82)	8-30
	Yok	204	24,24 (5,94)	6-30
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	24,31 (6,08)	8-30
	Yok	211	24,31 (5,91)	6-30
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	25,80 (6,26)	16-30
	Ortaokul	28	23,39 (7,14)	6-30
	Lise	57	23,12 (6,08)	6-30
	Ön lisans	38	24,53 (5,73)	11-30
	Lisans	88	24,90 (5,81)	6-30
	Lisansüstü	17	25,88 (4,20)	16-30
	Doktora	7	24,14 (4,74)	15-30
	Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	19,67 (9,18)
Ortaokul		33	23,30 (6,28)	12-30
Lise		54	25,02 (5,59)	6-30
Ön lisans		39	22,33 (7,10)	6-30
Lisans		83	25,40 (5,21)	8-30
Lisansüstü		20	24,65 (4,45)	15-30
Doktora		5	24,80 (3,70)	21-30
Gebe çalışma durumu		Evet	93	24,86 (5,32)
	Hayır	147	23,96 (6,25)	6-30
Eş çalışma durumu	Evet	236	24,32 (5,85)	6-30
	Hayır	4	23,75 (10,01)	9-30
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	24,11 (5,85)	6-30
	Gece	8	27,13 (3,87)	19-30
	Vardiyalı	25	22,76 (7,51)	6-30
	Nöbet	18	27,28 (3,21)	19-30
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	24,22 (6,01)	7-30
	Gelir=Gider	133	24,77 (5,57)	6-30
	Gelir<Gider	49	23,16 (6,63)	8-30
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	25,11 (5,67)	6-30
	3-5 yıl	89	24,97 (5,38)	7-30
	5 yıl üzeri	61	22,16 (6,55)	6-30
Gebelik haftası	1. trimester	29	24,83 (4,34)	15-30
	2. trimester	83	24,86 (6,38)	6-30
	3. trimester	128	23,84 (5,91)	7-30
Kaçınıcı gebelik	1. gebelik	128	25,40 (5,35)	6-30
	2. gebelik	69	24,00 (5,90)	6-30
	3. gebelik ve sonrası	43	21,56 (6,69)	6-30
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	22,84 (6,70)	7-30
	Hayır	196	24,64 (5,69)	6-30
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	25,25 (5,37)	6-30
	1 çocuk	66	23,47 (6,10)	6-30

	2 veya daha fazla çocuk	28	21,36 (7,02)	6-30
Yaşayan engelli çocuk varlığı	Var	3	21,00 (7,81)	16-30
	Yok	237	24,35 (5,90)	6-30
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	24,52 (5,66)	6-30
	Hayır	17	21,53 (8,35)	6-30
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	25,51 (5,06)	7-30
	Yok	169	23,80 (6,18)	6-30

Gebelikte eş desteği algısı bilişsel puanı ile ilişkili özellikleri Tablo 10' da sunulmuştur.

Gebelerin yaş grupları ile GEDAÖ bilişsel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,007$) (Tablo 10). Yaşı 30 – 34 yaş aralığında olan gebelerin bilişsel puanı, 25 – 29 yaş aralığında olanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,029$). Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebe eşlerinin yaş grupları ile GEDAÖ bilişsel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,030$) (Tablo 10). Eşinin yaşı 35 yaş ve üzeri olanlar ile 18 – 24 yaş aralığında olanlar arasında ölçek puanı farkının sınırdan anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p=0,059$). Eşin yaşının diğer yaş grupları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Evlilik süresi ile GEDAÖ bilişsel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,005$) (Tablo 10). Evlilik süresi 5 yıl ve üzeri olanların bilişsel puanı, 0 – 2 yıl ($p=0,008$) ve 3 – 5 yıl aralığında ($p=0,021$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Evlilik süresi 0 – 2 yıl ve 3 – 5 yıl arasında olan gebeler ile bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,774$).

Gebelik sayısı ile GEDAÖ bilişsel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 10). Üç ve daha fazla gebeliği olan gebelerin bilişsel puanı, ilk gebeliği olanlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). İlk gebeliği ile 2. gebeliği olanlar arasında ($p=0,133$) ve 2. gebeliği ile daha fazla gebeliği olanlar ($p=0,117$) arasında bilişsel puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yaşayan çocuk sayısı ile GEDAÖ bilişsel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,003$) (Tablo 10). Yaşayan 2 veya daha fazla çocuğu

olan gebelerin ölçek puanı, yaşayan çocuğu olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (p=0,006).

Tablo 10: Gebelikte Eş Desteği Algısı Bilişsel Puanı İle İlişkili Özellikler

Özellik	GEDAÖ Bilişsel alt boyut puanı			
	n	Ortanca (ÇADA)	p	
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	26 (23-29)	0,007 ^{a*}
	25-29 yıl	99	28 (21-30)*	
	30-34 yıl	78	24 (20-28)*	
	35 yaş ve üzeri	28	23.5 (18,5-27)	
Eş yaşı	18-24 yıl	10	28 (25-30)	0,030 ^{a*}
	25-29 yıl	78	27 (20-30)	
	30-34 yıl	91	25 (23-30)	
	35 yaş ve üzeri	61	24 (19-29)	
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	24.5 (20-28)	0,068 ^a
	Normal	77	28 (23-30)	
	Fazla Kilolu	99	25 (22-30)	
	Obez	60	24 (18-29)	
Gebe kronik hastalık	Var	36	27 (20,5-29,5)	0,722 ^b
	Yok	204	25 (21-30)	
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	27 (20-29)	0,985 ^b
	Yok	211	25 (21-30)	
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	30 (23-30)	0,411 ^a
	Ortaokul	28	25.5 (19-30)	
	Lise	57	25 (19-28)	
	Ön lisans	38	26,5 (21-30)	
	Lisans	88	26 (22-30)	
	Lisansüstü	17	25 (23-30)	
	Doktora	7	25 (22-27)	
	Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	
Ortaokul		33	25 (19-30)	
Lise		54	26,5 (23-30)	
Ön lisans		39	24 (18-29)	
Lisans		83	27 (23-30)	
Lisansüstü		20	24,5 (23-29)	
Doktora		5	24 (22-27)	
Gebe çalışma durumu		Evet	93	26 (22-30)
	Hayır	147	25 (20-30)	
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	25 (21-30)	0,092 ^b
	Gece	8	28,5 (26-30)	
	Vardiyalı	25	25 (18-30)	
	Nöbet	18	28,5 (27-30)	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	25,5 (21-29)	0,459 ^a
	Gelir=Gider	133	26 (22-30)	
	Gelir<Gider	49	25 (19-30)	
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	26 (22-30)	0,005 ^{a*}
	3-5 yıl	89	27 (23-29)	
	5 yıl üzeri	61	23 (18-28)*	

Gebelik haftası	1. trimester	29	25 (22-30)	0,176 ^a
	2. trimester	83	28 (21-30)	
	3. trimester	128	25 (20-29)	
Kaçınıcı gebelik	1. gebelik	128	27 (23-30)*	<0,001 ^{a*}
	2. gebelik	69	25 (20-29)	
	3. gebelik ve sonrası	43	23 (16-28)*	
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	25 (18-29)	0,122 ^b
	Hayır	196	26 (22-30)	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	27 (23-30)*	0,003 ^{a*}
	1 çocuk	66	25 (19-29)	
	2 veya daha fazla çocuk	28	23 (15,5-28)*	
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	26 (21-30)	0,160 ^b
	Hayır	17	22 (18-29)	
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	27 (22-30)	0,057 ^b
	Yok	169	25 (20-29)	

^aKruskal-Wallis test veya ^bMann-Whitney U testi. *İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05.

Katılımcı özelliklerinin GEDAÖ duygusal alt boyut puanına göre dağılımı Tablo 11' de sunulmuştur.

Tablo 11: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Duygusal Alt Boyut Puanına Göre Dağılımı

Özellik		GEDAÖ Duygusal alt boyut puanı		
		n	Ort (SS)	Min-Maks
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	21,43 (4,50)	5-25
	25-29 yıl	99	21,63 (3,76)	10-25
	30-34 yıl	78	20,63 (3,80)	5-25
	35 yaş ve üzeri	28	19,18 (4,27)	8-25
Eş yaşı	18-24 yıl	10	23,20 (2,20)	20-25
	25-29 yıl	78	21,71 (4,03)	5-25
	30-34 yıl	91	21,05 (3,76)	10-25
	35 yaş ve üzeri	61	19,61 (4,20)	5-25
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	23,00 (4,00)	17-25
	Normal	77	21,83 (3,45)	12-25
	Fazla Kilolu	99	20,83 (3,80)	8-25
	Obez	60	20,03 (4,77)	5-25
Gebe kronik hastalık	Var	36	21,47 (3,38)	14-25
	Yok	204	20,90 (4,11)	5-25
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	21,55 (3,44)	14-25
	Yok	211	20,91 (4,08)	5-25
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	21,60 (3,44)	17-25
	Ortaokul	28	20,50 (4,47)	8-25
	Lise	57	20,32 (4,56)	5-25
	Ön lisans	38	21,84 (3,61)	12-25
	Lisans	88	21,16 (3,71)	10-25

	Lisansüstü	17	21,35 (3,76)	14-25
	Doktora	7	20,29 (4,23)	12-25
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	21,67 (3,78)	17-25
	Ortaokul	33	20,12 (3,70)	13-25
	Lise	54	21,85 (4,28)	5-25
	Ön lisans	39	19,82 (4,69)	5-25
	Lisans	83	21,40 (3,74)	12-25
	Lisansüstü	20	20,35 (3,31)	12-25
	Doktora	5	21,40 (2,30)	19-25
Gebe çalışma durumu	Evet	93	21,18 (3,70)	10-25
	Hayır	147	20,86 (4,19)	5-25
Eş çalışma durumu	Evet	236	20,98 (4,01)	5-25
	Hayır	4	21,50 (4,04)	18-25
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	20,86 (4,07)	5-25
	Gece	8	22,63 (3,07)	16-25
	Vardiyalı	25	20,52 (4,25)	8-25
	Nöbet	18	22,22 (3,10)	15-25
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	20,28 (4,43)	5-25
	Gelir=Gider	133	21,47 (3,78)	5-25
	Gelir<Gider	49	20,53 (3,98)	11-25
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	21,90 (3,91)	5-25
	3-5 yıl	89	20,99 (3,89)	5-25
	5 yıl üzeri	61	19,64 (3,98)	8-25
Gebelik haftası	1. trimester	29	21,62 (3,21)	15-25
	2. trimester	83	20,81 (4,40)	5-25
	3. trimester	128	20,96 (3,91)	5-25
Kaçınıcı gebelik	1. gebelik	128	21,73 (3,70)	5-25
	2. gebelik	69	20,81 (4,23)	5-25
	3. gebelik ve sonrası	43	19,05 (3,90)	8-25
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	20,09 (4,32)	5-25
	Hayır	196	21,19 (3,91)	5-25
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	21,52 (3,77)	5-25
	1 çocuk	66	20,74 (4,25)	5-25
	2 veya daha fazla çocuk	28	18,79 (3,94)	8-25
Yaşayan engelli çocuk varlığı	Var	3	18,33 (6,11)	13-25
	Yok	237	21,02 (3,98)	5-25
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	21,13 (3,86)	5-25
	Hayır	17	19,18 (5,43)	8-25
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	21,61 (3,95)	5-25
	Yok	169	20,73 (4,01)	5-25

GEDAÖ duygusal puanı ile ilişkili gebe özellikleri Tablo 12' de sunulmuştur.

Gebelerin yaş grubu ile GEDAÖ duygusal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$) (Tablo 12). Yaşı 35 ve üzeri olan gebelerin

duygusal puanı, 18 – 24 yaş ($p=0,049$) ve 25 – 29 yaş aralığında ($p=0,009$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Gebenin diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebe eşlerinin yaş grubu ile GEDAÖ duygusal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 12). Gebe eşinin yaşı 35 ve üzeri olanların ölçek puanı, 18 – 24 yaş ($p=0,029$) ve 25 – 29 yaş aralığında ($p=0,003$) olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Gebe eşinin diğer yaş gruplarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebelerin VKİ sınıflaması ile GEDAÖ duygusal puanı arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,049$) (Tablo 12). Ancak VKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Evlilik süresi ile GEDAÖ duygusal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 12). Evlilik süresi 5 yıl ve üzeri olanların duygusal puanı, 0 – 2 yıl ($p<0,001$) ve 3 – 5 yıl aralığında ($p=0,049$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Evlilik süreleri 0 – 2 yıl ve 3 – 5 yıl olan gebeler ile GEDAÖ duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,058$).

Gebelik sayısı ile GEDAÖ duygusal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 12). Üç ve daha fazla gebeliği olan gebelerin ölçek puanı, ilk gebeliği ($p<0,001$) ve 2. gebeliği ($p=0,020$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. İlk gebeliği ve 2. gebeliği olanlar ile duygusal puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,224$).

Yaşayan çocuk sayısı ile GEDAÖ duygusal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 12). Yaşayan 2 veya daha fazla çocuğu olan gebelerin ölçek puanı, yaşayan çocuğu olmayanlara ($p<0,001$) ve yaşayan bir çocuğu olanlara ($p=0,031$) göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşayan bir çocuğu olan gebeler ve yaşayan çocuğu olmayanlar ile duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,396$).

Evinde eşi dışında başka biri olmayan gebelerin olanlara göre GEDAÖ duygusal puanı daha düşük bulunmuştur ($p=0,049$) (Tablo 12).

Tablo 12: GEDAÖ Duygusal Puanı İle İlişkili Gebe Özellikleri

Özellik		GEDAÖ Duygusal alt boyut puanı		
		n	Ortanca (ÇADA)	p
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	23 (19-25)*	0,004 ^{a*}
	25-29 yıl	99	23 (19-25)*	
	30-34 yıl	78	21 (18-24)	
	35 yaş ve üzeri	28	20 (18,5-22)*	
Eş yaşı	18-24 yıl	10	24,5 (21-25)*	<0,001 ^{a*}
	25-29 yıl	78	23 (19-25)*	
	30-34 yıl	91	22 (19-24)	
	35 yaş ve üzeri	61	20 (18-22)*	
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	25 (21-25)	0,049 ^{a*}
	Normal	77	23 (20-25)	
	Fazla Kilolu	99	21 (19-24)	
	Obez	60	22 (17-24)	
Gebe kronik hastalık	Var	36	22,5 (19-24,5)	0,596 ^b
	Yok	204	22 (19-24)	
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	23 (19-25)	0,509 ^b
	Yok	211	22 (19-24)	
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	21 (20-25)	0,648 ^a
	Ortaokul	28	21 (18-25)	
	Lise	57	21 (19-24)	
	Ön lisans	38	23 (20-25)	
	Lisans	88	22 (19-24)	
	Lisansüstü	17	22 (19-25)	
	Doktora	7	21 (19-24)	
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	22,5 (18-25)	0,052 ^a
	Ortaokul	33	20 (18-23)	
	Lise	54	23 (21-25)	
	Ön lisans	39	20 (17-24)	
	Lisans	83	23 (19-24)	
	Lisansüstü	20	20,5 (19-23)	
	Doktora	5	21 (20-22)	
Gebe çalışma durumu	Evet	93	22 (20-24)	0,814 ^b
	Hayır	147	22 (18-24)	
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	22 (19-24)	0,291 ^b
	Gece	8	23,5 (22-25)	
	Vardiyalı	25	22 (19-24)	
	Nöbet	18	23 (21-25)	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	21,5 (19-23)	0,129 ^a
	Gelir=Gider	133	22 (20-24)	
	Gelir<Gider	49	21 (17-24)	
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	24 (20-25)	<0,001 ^{a*}
	3-5 yıl	89	22 (19-24)	
	5 yıl üzeri	61	20 (18-23)*	
Gebelik haftası	1. trimester	29	21 (20-25)	0,808 ^a
	2. trimester	83	22 (19-24)	
	3. trimester	128	22 (19-24)	

Kaçınıcı gebelik	1. gebelik	128	23 (20-25)	<0,001 ^{a*}
	2. gebelik	69	22 (19-24)	
	3. gebelik ve sonrası	43	19 (17-22)*	
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	20 (18-24)	0,082 ^b
	Hayır	196	22 (19-24)	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	23 (20-25)	<0,001 ^{a*}
	1 çocuk	66	22 (19-24)	
	2 veya daha fazla çocuk	28	19 (16,5-22)*	
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	22 (19-24)	0,183 ^b
	Hayır	17	20 (15-24)	
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	23 (20-25)	0,049 ^{b*}
	Yok	169	22 (19-24)	

^aKruskal-Wallis test veya ^bMann-Whitney U testi. *İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05.

Katılımcı özelliklerinin GEDAÖ maddi alt boyut puanına göre dağılımı Tablo 13' te sunulmuştur.

Tablo 13: Katılımcı Özelliklerinin GEDAÖ Maddi Alt Boyut Puanına Göre Dağılımı

Özellik		GEDAÖ Maddi alt boyut puanı		
		n	Ort (SS)	Min-Maks
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	21,20 (5,32)	6-25
	25-29 yıl	99	22,09 (3,61)	11-25
	30-34 yıl	78	21,64 (4,01)	5-25
	35 yaş ve üzeri	28	19,07 (4,45)	10-25
Eş yaşı	18-24 yıl	10	23,20 (2,35)	19-25
	25-29 yıl	78	21,72 (4,54)	6-25
	30-34 yıl	91	22,05 (3,41)	11-25
	35 yaş ve üzeri	61	19,97 (4,72)	5-25
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	23,50 (3,00)	19-25
	Normal	77	21,92 (3,93)	10-25
	Fazla Kilolu	99	21,45 (3,96)	10-25
	Obez	60	20,75 (4,90)	5-25
Gebe kronik hastalık	Var	36	22,53 (3,55)	10-25
	Yok	204	21,27 (4,29)	5-25
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	22,59 (3,73)	10-25
	Yok	211	21,31 (4,25)	5-25
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	21,60 (4,45)	15-25
	Ortaokul	28	20,54 (4,82)	8-25
	Lise	57	20,61 (5,12)	5-25
	Ön lisans	38	22,34 (3,37)	14-25
	Lisans	88	21,67 (3,78)	10-25
	Lisansüstü	17	22,59 (2,87)	16-25
	Doktora	7	21,86 (4,67)	12-25
	İlkokul veya okuryazar	6	21,67 (6,74)	8-25

	Ortaokul	33	20,36 (4,31)	11-25
	Lise	54	21,80 (4,45)	6-25
	Ön lisans	39	20,15 (5,16)	5-25
	Lisans	83	22,42 (3,24)	12-25
	Lisansüstü	20	20,40 (3,44)	12-25
	Doktora	5	23,40 (2,07)	20-25
Gebe çalışma durumu	Evet	93	21,65 (3,79)	11-25
	Hayır	147	21,35 (4,45)	5-25
Eş çalışma durumu	Evet	236	21,52 (4,11)	5-25
	Hayır	4	18,25 (8,30)	8-25
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	21,42 (4,21)	5-25
	Gece	8	22,63 (3,70)	15-25
	Vardiyalı	25	20,20 (4,90)	10-25
	Nöbet	18	23,17 (2,62)	17-25
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	21,07 (4,60)	6-25
	Gelir=Gider	133	21,95 (3,89)	5-25
	Gelir<Gider	49	20,59 (4,41)	8-25
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	21,91 (4,11)	5-25
	3-5 yıl	89	21,80 (4,10)	6-25
	5 yıl üzeri	61	20,31 (4,33)	8-25
Gebelik haftası	1. trimester	29	22,34 (3,12)	15-25
	2. trimester	83	21,34 (4,31)	5-25
	3. trimester	128	21,34 (4,34)	6-25
Kaçıncı gebelik	1. gebelik	128	22,10 (3,86)	5-25
	2. gebelik	69	21,48 (4,20)	6-25
	3. gebelik ve sonrası	43	19,53 (4,67)	8-25
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	20,68 (4,99)	6-25
	Hayır	196	21,64 (4,00)	5-25
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	21,97 (3,91)	5-25
	1 çocuk	66	21,47 (4,12)	6-25
	2 veya daha fazla çocuk	28	18,82 (4,94)	8-25
Yaşayan engelli çocuk varlığı	Var	3	21,33 (5,51)	15-25
	Yok	237	21,46 (4,20)	5-25
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	21,61 (4,10)	5-25
	Hayır	17	19,53 (5,15)	8-25
Gebe ile aynı evde kalan başka birinin olması	Var	71	22,07 (4,02)	6-25
	Yok	169	21,21 (4,26)	5-25

GEDAÖ maddi alt boyut puanı ile ilişkili gebe özellikleri Tablo 14' te gösterilmektedir.

Gebelerin yaş grubuna göre GEDAÖ maddi puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,005$) (Tablo 14). Yaşı 35 ve üzerinde olanların maddi puanı, 25 – 29 yaş ($p=0,003$) ve 30 – 34 yaş aralığında ($p=0,021$) olanlardan daha düşük

bulunmuştur. Gebenin diğer yaş grupları arasında maddi puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebe eşlerinin yaş grubuna göre GEDAÖ maddi puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,008$) (Tablo 14). Eşinin yaşı 35 ve üzeri olanların ölçek puanı, 25 – 29 yaş ($p=0,032$) ve 30 – 34 yaş aralığında ($p=0,027$) olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Eşin diğer yaş grupları arasında maddi puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Evlilik süresine göre GEDAÖ maddi puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,007$) (Tablo 14). Evlilik süresi 5 yıl ve üzeri olanların maddi puanı, 0 – 2 yıl ($p=0,010$) ve 3 – 5 yıl aralığında ($p=0,022$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. Evlilik süresi 0 – 2 yıl ile 3 – 5 yıl olan gebeler arasında maddi puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bir bulunamamıştır ($p=0,907$).

Gebelik sayısına göre GEDAÖ maddi puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p<0,001$) (Tablo 14). Üç ve daha fazla gebeliği olan gebelerin ölçek puanı, ilk gebeliği ($p<0,001$) ve 2. gebeliği ($p=0,028$) olanlardan daha düşük bulunmuştur. İlk ve 2. gebeliği olanlar arasında maddi puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,365$).

Yaşayan çocuk sayısı ile GEDAÖ maddi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 14). Yaşayan 2 veya daha fazla çocuğu olan gebelerin ölçek puanı, yaşayan çocuğu olmayanlara ($p=0,001$) ve yaşayan bir çocuğu olanlara ($p=0,020$) göre daha düşük bulunmuştur. Yaşayan bir çocuğu olan gebeler ile yaşayan çocuğu olmayanlar arasında maddi puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,499$).

Tablo 14: GEDAÖ Maddi Alt Boyut Puanı İle İlişkili Gebe Özellikleri

Özellik		GEDAÖ Maddi alt boyut puanı		
		n	Ortanca (ÇADA)	p
Gebe yaşı	18-24 yıl	35	24 (19-25)	0,005 ^{a*}
	25-29 yıl	99	24 (19-25)*	
	30-34 yıl	78	23 (19-25)*	
	35 yaş ve üzeri	28	20 (16-22,5)*	
Eş yaşı	18-24 yıl	10	24,5 (21-25)	0,008 ^{a*}
	25-29 yıl	78	24 (19-25)*	
	30-34 yıl	91	23 (20-25)*	
	35 yaş ve üzeri	61	20 (18-24)*	
Gebe vki sınıflaması	Zayıf	4	25 (22-25)	0,248 ^a

	Normal	77	23 (20-25)	
	Fazla Kilolu	99	23 (19-25)	
	Obez	60	23 (18-25)	
Gebe kronik hastalık	Var	36	24 (21,5-25)	0,095 ^b
	Yok	204	23 (19-25)	
Gebe sürekli ilaç kullanımı	Var	29	24 (22-25)	0,088 ^b
	Yok	211	23 (19-25)	
Gebe eğitim düzeyi	İlkokul	5	24 (19-25)	0,570 ^a
	Ortaokul	28	21 (19-25)	
	Lise	57	23 (18-24)	
	Ön lisans	38	23 (21-25)	
	Lisans	88	23 (19-25)	
	Lisansüstü	17	24 (21-25)	
	Doktora	7	24 (20-25)	
Eş eğitim düzeyi	İlkokul veya okuryazar	6	24,5 (23-25)	0,046 ^{a*}
	Ortaokul	33	21 (16-24)	
	Lise	54	24 (19-25)	
	Ön lisans	39	21 (17-25)	
	Lisans	83	24 (21-25)	
	Lisansüstü	20	19,5 (18-24)	
	Doktora	5	24 (23-25)	
Gebe çalışma durumu	Evet	93	23 (19-25)	0,961 ^b
	Hayır	147	23 (19-25)	
Eş mesai zamanı	Gündüz	189	23 (19-25)	0,117 ^b
	Gece	8	24,5 (21-25)	
	Vardiyalı	25	23 (17-24)	
	Nöbet	18	24,5 (23-25)	
Ekonomik durum	Gelir>Gider	58	23 (18-25)	0,133 ^a
	Gelir=Gider	133	24 (20-25)	
	Gelir<Gider	49	22 (18-25)	
Evlilik süresi	0-2 yıl	90	24 (19-25)	0,007 ^{a*}
	3-5 yıl	89	24 (19-25)	
	5 yıl üzeri	61	21 (18-24)*	
Gebelik haftası	1. trimester	29	24 (20-25)	0,671 ^a
	2. trimester	83	23 (19-25)	
	3. trimester	128	23 (19-25)	
Kaçıncı gebelik	1. gebelik	128	24 (19,5-25)	<0,001 ^{a*}
	2. gebelik	69	23 (19-25)	
	3. gebelik ve sonrası	43	20 (17-23)*	
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Evet	44	23 (18,5-25)	0,263 ^b
	Hayır	196	23 (19-25)	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	146	24 (19-25)	0,001 ^{a*}
	1 çocuk	66	23 (19-25)	
	2 veya daha fazla çocuk	28	19,5 (15,5-23)*	
İstemli gebelik olma durumu	Evet	223	23 (19-25)	0,069 ^b
	Hayır	17	20 (18-24)	
Gebe ile aynı evde kalan başka	Var	71	24 (20-25)	0,081 ^b

birinin olması

Yok

169

23 (19-25)

^aKruskal-Wallis test veya ^bMann-Whitney U testi. *İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05.

4.5. Korelasyon İlişkisi

Ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 15’ te gösterilmiştir. Artan PUKİ puanı ile azalan GEDAÖ duygusal puanı arasında zayıf ilişki bulunmuştur (rho=-0,132; p=0,042). GEDAÖ toplam puanı ile GEDAÖ’ nün bilişsel (rho=0,918; p<0,001), duygusal (rho=0,895; p<0,001) ve maddi (rho=0,876; p<0,001) alt boyutları arasında pozitif güçlü ilişki bulunmuştur. Üç alt boyutun da birbiriyle olan ilişkisi ise orta düzeyde bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 15).

Tablo 15: Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Ölçek puanı		PUKİ toplam	GEDAÖ toplam	GEDAÖ bilişsel	GEDAÖ duygusal
GEDAÖ toplam	rho	-0,105	—	—	—
	p	0,104	—	—	—
GEDAÖ bilişsel	rho	-0,059	0,918***	—	—
	p	0,363	<,001	—	—
GEDAÖ duygusal	rho	-0,132*	0,895***	0,714***	—
	p	0,042	<,001	<,001	—
GEDAÖ maddi	rho	-0,124	0,876***	0,694***	0,781***
	p	0,055	<,001	<,001	<,001

Spearman sıra korelasyon katsayısı (rho) n=240 gözlem çifti için raporlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05, *<0,05, ***<0,001.

4.6. Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon

Gebelerin uyku kalitesini (PUKİ puanı) etkileyen değişkenler Tablo 16’ da gösterilmiştir. Çok değişkenli doğrusal regresyon modelinde gebe yaşı, eş yaşı, gebenin VKİ sınıflaması, gebelik haftası, kaçınıcı gebelik olduğu, gebelikte düşük veya ölü olma durumu ve GEDAÖ duygusal puanı bağımsız değişkenleri yer almıştır. Çok değişkenli doğrusal regresyon modeli PUKİ puanındaki değişimin %12,8’ ini açıklamaktadır (F(14,224)=3,34; p<0,001). Gebe yaşı ve gebelik haftası PUKİ puanındaki değişim ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 15).

Gebenin 35 yaş ve üzeri olmasına göre, 18 – 24 yaşında (B [%95 GA]=1,814 [0,118-3,510]; p=0,036) veya 25 – 29 yaşında olması (B [%95 GA]=2,178 [0,801-3,555]; p=0,002) artan PUKİ puanı ile ilişkili bulunmuştur. Gebenin 3.trimesterde olmasına kıyasla, 1.trimesterde (B [%95 GA]=-1,917 [-3,006 – -0,827]; p<0,001) veya

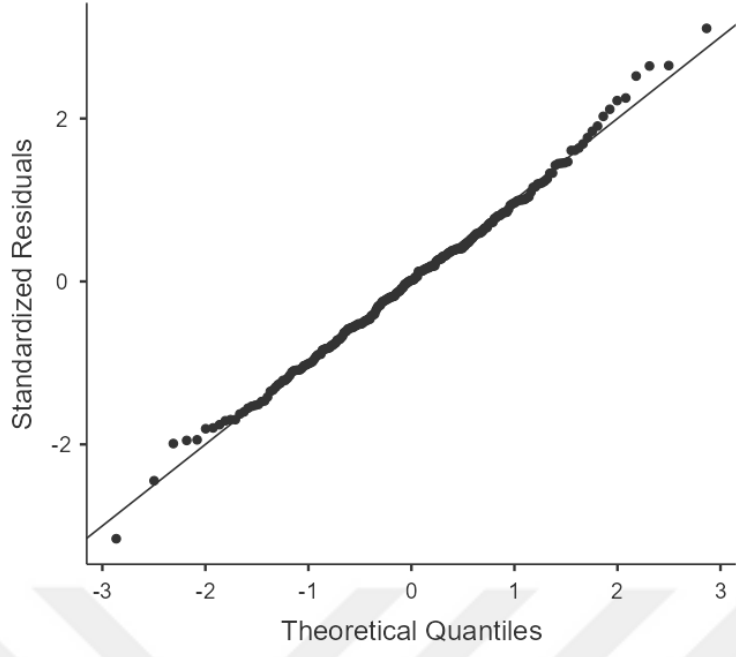
2.trimesterde (B [%95 GA]=-1,301 [-2,060 – -0,543]; p<0,001) olması PUKİ puanındaki azalış ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16: Gebelerde Uyku Kalitesini (PUKİ puanı) Etkileyen Değişkenler

Bağımsız değişken (ref.)	Stand. B	B	SH	95% GA		t	p	
				Alt sınır	Üst sınır			
Gebe yaşı	18-24 yaş (35 yaş ve üzeri)	0,673	1,814	0,861	0,118	3,510	2,108	0,036*
	25-29 yaş (35 yaş ve üzeri)	0,808	2,178	0,699	0,801	3,555	3,117	0,002*
	30-34 yaş (35 yaş ve üzeri)	0,428	1,154	0,613	-0,053	2,362	1,883	0,061
Eş yaşı	18-24 yaş (35 yaş ve üzeri)	-0,697	-1,878	1,130	-4,106	0,349	-1,662	0,098
	25-29 yaş (35 yaş ve üzeri)	-0,158	-0,425	0,658	-1,722	0,872	-0,646	0,519
	30-34 yaş (35 yaş ve üzeri)	-0,188	-0,507	0,511	-1,513	0,499	-0,993	0,322
Gebe VKİ	Zayıf (Normal)	0,185	0,499	1,346	-2,154	3,151	0,370	0,711
	Fazla kilolu (Normal)	0,080	0,216	0,410	-0,593	1,024	0,525	0,600
	Obez (Normal)	0,047	0,125	0,485	-0,830	1,081	0,259	0,796
Gebelik haftası	1.trimester (3.trimester)	-0,711	-1,917	0,553	-3,006	-0,827	-3,468	<,001*
	2.trimester (3.trimester)	-0,483	-1,301	0,385	-2,060	-0,43	-3,380	<,001*
Kaçınıcı Gebelik	İlk (3.gebelik ve sonrası)	-0,224	-0,605	0,590	-1,767	0,558	-1,025	0,307
	İkinci (3.gebelik ve sonrası)	-0,383	-1,033	0,533	-2,084	0,018	-1,937	0,054
Gebelikte düşük veya ölü doğum olması	Var (Yok)	0,177	0,476	0,500	-0,510	1,462	0,951	0,343
GEDAÖ duygusal		-0,083	-0,056	0,043	-0,141	0,029	-1,292	0,198
Sabit			7,571	1,094	5,415	9,727	6,920	<,001

Çok değişkenli doğrusal regresyon modeli Enter yöntemi sonucu (R=0,427; R²=0,183; Düzeltilmiş R²=0,128; F(14,224)=3,34; p<0,001). Durbin-Watson Autocorrelation=-0,055; DW=2,11; p=0,590. Kısaltmalar; Stand. B, Standart beta katsayısı; SH, standart hata; GA, güven aralığı; GEDAÖ, gebelikte eş desteği algı ölçeği. *İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05.

Tablo 16 ile verilen çok değişkenli doğrusal regresyona ilişkin standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği Şekil 2’ de sunulmuştur. Modele ilişkin standartlaştırılmış artıklarının normal dağılım gösterdiği (Shapiro-Wilk istatistiği=0,996; p=0,775) ve model uyumunun yeterli olduğu bulunmuştur (Şekil 2).



Şekil 2: Standartlaştırılmış artıkların Q-Q grafiği

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada gebelerin PUKI puan ortalamaları 6,44 (SS=2,69) olarak bulunmuştur. Gebelerin %75' nin PUKI puanının 5 ve üzerinde olduğu, dolayısıyla da çoğunluğunun kötü uyku kalitesine sahip olduğu görölmüştür. Literatürde gebelerin kötü uyku kalitesi ortalamaları ve yüzdeleri çeşitlilik göstermektedir. PUKI puan ortalamaları ve kötü uyku kalitesi oranı sırasıyla; Ersan ve Özgen Özkaya' nın (97) çalışmasında 5,29±2,20 / %56,5 , Monirian ve ark.' nın (98) çalışmasında 13,8±3,08 / %76, Sedov ve ark.' nın (99) meta-analiz çalışmasında ise 6,07 / %45,7 olduğu görölmüştür.

Araştırmada gebelerin sosyodemografik özellikleri ve eş desteği algısının uyku kalitesi ile ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre gebelerdeki uyku kalitesinin, gebenin yaşı ve gebelik haftası ile ilişkili olduğu görölmüştür.

Yapılan ön analiz sonucunda eş desteği duygusal alt boyutu ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde ilişki görölmüştür. Ancak çok değişkenli regresyon sağlamasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Uyku kalitesi ile ilişkili diğer faktörler eş desteğinin duygusal etkisini zayıflatmış olabilir. Duygusal desteğin uyku kalitesine direkt olarak değil dolaylı yönden etki ettiği söylenebilir. Literatürde sosyal desteğin uyku kalitesi üzerinde olumlu yönde etkili olduğu bilinmektedir (89). Dikmen'nin (71) gebelerde sosyal desteğin stres, depresyon ile uyku kalitesi üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında gebelerin algıladıkları yüksek düzeyde sosyal desteğin uyku kalitesi ile pozitif, depresyon ile negatif ilişkili olduğu görölmüştür. Bu da uyku kalitesinin psikolojik faktörlerden de etkilenebileceğini göstermektedir.

5.1. Sosyodemografik Özellikler ile Uyku Kalitesi İlişkisi

Araştırmaya katılan gebelerin %41,25' inin 25-29 yaş aralığında olduğu ve bu oranın 2024 TUIK verilerine göre en çok doğurganlığın göröldüğu yaş grubu olan 25-29 yaş ile uyumlu olduğu belirlenmiştir (100). Yapılan çok değişkenli regresyon analizi sonucunda uyku kalitesi ile gebe yaşının ilişkili olduğu görölmüştür. Yaşları 35 yaş ve

üzeri olan gebelerin uyku kalitesi PUKİ puan ortalamasının 5,46 (SS=2,55) olarak diğer yaş gruplarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Dolu ve ark. (101) ile Karaca ve ark.'ın(102) çalışmasında 35 yaş ve üzeri grubun PUKİ toplam puanlarının daha düşük ve genç gruplara kıyasla anlamlı fark göstermesi bu sonucu destekler niteliktedir. Öte yandan Taşkiran'ın (103) çalışmasında, 29-45 yaş arasındaki gebelerin genç yaş grubuna göre toplam uyku süresinin fazla, uyku kalitesinin ise daha kötü olduğunu belirtilmiştir. Özhüner ve Çelik'in (11) çalışmasında da benzer şekilde 30 yaş ve üzeri gebelerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür. Sedov ve ark. (99) Yang ve ark. (64) ile Awlachev ve ark. (104) da yaptıkları çalışmalarında ileri anne yaşının kötü uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmaların aksine Öztürk ve ark.'nın (46) araştırma sonucunda gebe yaşı ile uyku kalitesi arasında ilişki gözlenmemiştir. Gebe yaşının uyku kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin sonuçların farklılaşmasında, bazı gebelerde yaş ilerledikçe artan çocuk sorumluluklarının uyku kalitesini olumsuz etkileyebileceği; bazılarında ise yaş ve deneyimin artmasıyla kaygılarının azalabileceği, dolayısıyla daha iyi uyku kalitesine sahip olabileceği söylenebilir. Bu farklılığın nedeni örneklem büyüklüğü, demografik özellikler, alınan sağlık hizmetleri veya kronik hastalıkların dağılımı olabilir.

Bu araştırmanın ön analizinde gebe eşinin yaşı ile PUKİ puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiş, 25-29 yaş aralığındaki grupların 18-24 yaş aralığındaki gruplara göre gebe uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Ancak çoklu değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde eş yaşının gebenin uyku kalitesi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamını yitirip bağımsız olarak etkili bulunmamıştır. Bu durum, gebe ve eş yaşlarının yakınlığı ve asıl etkenin gebe yaşı olmasından veya diğer demografik özelliklerden kaynaklanabilir.

Katılımcı gebeler VKİ sınıflamasına göre incelendiğinde yine ön analizde obez olanların uyku kalitesinin normal VKİ'si olan gebelerden daha kötü olduğu görülmüştür. Ancak çok değişkenli regresyon analizi sonucunda gebelerin VKİ' si uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre VKİ'nin bağımsız olarak uyku kalitesini etkilemediği, katılımcıların yarısından fazlasının 3. trimesterde olması nedeniyle VKİ' nin yüksek çıkmış olabileceği ve uyku kalitesi üzerindeki değişikliğin gebelik süreci ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Bu sonuçla benzer olarak Karadeniz ve ark.'nın (105) çalışmasında ve Symka ve ark. (6) tarafından

yapılan bir kohort araştırmasında VKİ ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır. Bunun yanı sıra obezitenin uykuyu olumsuz etkilediği bilinmektedir (106). Prospektif bir kohort çalışmasında gebeliğin ilerlemesi ve VKİ'nin artmasıyla uyku kalitesinin ve uyku süresinin azaldığı gözlenmiştir (107). Ersan ve Özkaya (97) ise uyku kalitesinin düşük olanların kilo ve VKİ' nin daha yüksek olduğunu, gebelik sürecinde kilo almanın uyku problemleriyle ilişkili olabileceğini bildirmiştir.

Katılımcıların %15' inde kronik hastalık, %12,08'inde de sürekli ilaç kullanımı olduğu görülmüştür. Araştırmadaki bulgulara göre kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı uyku kalitesi üzerinde anlamlı etki göstermemiştir. Bu sonuçlara benzer olarak Öztürk ve ark.'nın (46) çalışmasında da kronik hastalıkla uyku kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte gebelikten bağımsız olarak çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bir popülasyon ile yapılan çalışmada subklinik hipotiroidinin uyku kalitesini ve süresini olumsuz etkilediği görülmüştür (108). Bir başka çalışmada diyabet tanılı gebelerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur (109). Elde edilen sonuç örneklem büyüklüğü, kronik hastalık ve kullanılan ilaç dağılımının ayrıntılı olarak incelenmemesi, hastalıkların şiddeti, ileri gebelik haftalarında kötü uyku kalitesinin artıyor olması ile kronik hastalıkların etkisini gölgelemiş olabileceği veya mevcut hastalıkların kontrol altında olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada gebelerin çoğunluğunun lise ve lisans mezunu olduğu ve bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Eğitim seviyesi ile çalışma durumunun uyku kalitesi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Kahyaoğlu ve ark.'nın (110) çalışmasında da benzer şekilde gebenin eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Yu ve ark. (111) ise gebenin çalışma durumunun uyku kalitesi üzerine etkisinin olmadığını, eğitim durumunun artmasıyla da uyku kalitesinin azaldığını bildirmiştir. Bahani ve ark. (112) tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada da benzer şekilde gebe çalışma durumunun uyku kalitesiyle doğrudan ilişkisi bulunmamıştır. Ancak gebenin eğitim düzeyi ile uyku kalitesinin ters ilişkili olduğu belirtilmiş; bunu da zihinsel yorgunluk, iş baskısı gibi durumların olumsuz etkilerinin sonuçları ile ilişkilendirmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise eğitim durumunun artmasıyla uyku kalitesinin daha iyi olduğu görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve çalışan gebelerin uyku kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür (113). Karabulutlu ve Çiçek'in (114) çalışmasında gebenin bir işte çalışıyor olması ile uyku kalitesi arasında negatif yönde ilişki bulunmuş, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır. Mevcut araştırmalarda, gebelerin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun uyku kalitesi üzerindeki

etkilerinin heterojen olduğu, farklı örneklem özellikleri, kültürel ve sosyoekonomik faktörler, çalışma koşulları, ölçüm yöntemlerindeki farklılıklar veya gebelik sürecinin fizyolojik etkilerinin bu faktörlerin önüne geçmesi gibi durumların sonuçları etkileyebileceği söylenebilir.

Bu araştırmada gebe eşinin ve gebelerin eğitim düzeyleri benzerlik göstermektedir. Eşlerin tamamına yakını bir işte çalışmaktadır. Bununla birlikte eşlerin yaklaşık dörtte üçü gündüz mesaisinde çalıştığı ve çoğunluğun sosyoekonomik seviyesinin orta seviye olduğu tespit edilmiştir. Bulgulara göre eşlerin eğitim düzeyi, çalışma şekli ve ailenin toplam gelir durumu gebenin uyku kalitesi ile ilişkili bulunmamıştır. Awlachev ve ark.'nın (104) çalışmasında partnerlerin çalışma şekli ve eğitim düzeyi gebenin uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında sayılmamıştır. Gebelerde uyku kalitesinin araştırıldığı, gelir durumu düşük ve yüksek olan ülkelerde yapılan bir meta-analiz çalışmasında da uyku kalitesi ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (63). Bu da ekonomik statü ile ilişkili olmaksızın uyku kalitesinde genel bir problem olduğunu düşündürebilir. Özhüner ve Çelik' in (11) yaptığı araştırmada, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik seviyesi ile uyku kalitesi arasında ilişki gösterilememiştir. Saini ve ark.'nın (115) çalışmasında düşük gelir seviyesinin düşük uyku kalitesi ile ilişkisi; erkeklerin çalışma durumunun ise kadınların uyku kalitesinde olumlu bir etken olduğu bulunmuştur. Teker ve Lüleci' nin (116) çalışmasında düşük gelirli olmanın hem daha yüksek anksiyeteye hem de düşük uyku kalitesine neden olduğu Bunun yanında aile ve sosyal çevrelerinde sağlıklı ilişkileri olanların hem anksiyetesi düşük hem de uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur.

Araştırmada gebelerin çoğunluğunun evlilik süresi 5 yılın altında olduğu görülmüş ve evlilik süresi ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır. Çiftlerin birlikte uyumaları hem bireysel uyku kalitesinde hem de tatmin edici ilişkilerin sağlanmasında belirleyici etkenlerden sayılmaktadır ve partnerle olan sağlıklı ilişkilerin çiftlerin uykusunu şekillendirebileceği bilinmektedir (117). Sonuç olarak uyku kalitesinin sadece evlilik süresi ile değil çiftler arasındaki iletişim ile daha yakından ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada gebelerin %12,08'i birinci trimester, %34,58'i ikinci trimester ve %53,33'ü üçüncü trimesterde olduğu, gebelerin yarısından fazlasının üçüncü trimesterde olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre gebeliğin ilerlemesiyle uyku kalitesinin azaldığı, üçüncü trimesterde PUKİ puanının birinci ve ikinci trimestere

göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Birinci ve ikinci trimester dönemleri arasında ise anlamlı fark görülmemiştir. Bu sonuç literatürle benzerlik göstermektedir (105,118–120). Gebelik haftalarının ilerlemesiyle ortaya çıkan fiziksel ve hormonal değişimler; artan karın hacmi, geceleri idrara çıkma sıklığında artış, sırt ve bel ağrıları, uyku pozisyonunda zorlanma, fetal hareketler, solunum sıkıntısı, doğumun yaklaşmasıyla meydana gelen endişeler gibi faktörler uyku bütünlüğünü olumsuz etkileyebilmektedir (47). Mislu ve ark. (63) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında anne adaylarından birinci trimester gebelerin %37,46'sı, ikinci trimesterlerin %47,62'si ve üçüncü trimester dönemindeki gebelerin %60,05' nin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirmiştir. Du ve ark.'nın (61) yaptığı kohort çalışmasında ise 1. trimesterde uyku kalitesi değerlendirilmiş, %34,14'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Bunların yanı sıra gebelik trimesterlerinin uyku kalitesi üzerinde etkili bulunmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (103,119).

Araştırmanın ön analiz sonucunda üç ve daha fazla gebeliği olanların PUKİ puanı, ilk gebeliği olanlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak çok değişkenli regresyon analizine dâhil edilen diğer değişkenlerin etkisi de kontrol edildiğinde bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılığını kaybettiği görülmüştür. Elde edilen bulgular gebelik sayısının uyku kalitesi üzerine olan bağımsız etkisinin sınırlı olduğunu göstermektedir. Gebelik sayısına benzer şekilde ön analizde gebelikte düşük veya ölü doğum öyküsü olanların PUKİ puanları da yüksek bulunmuştur. Ancak çok değişkenli regresyon analizine dâhil edildiğinde istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür. Bu da düşük veya ölü doğum öyküsünün uyku kalitesi açısından bağımsız etkisinin sınırlılığını göstermektedir. Literatürde bununla ilgili farklı bulgular mevcuttur. Ertekin Pınar ve ark.'nın (120) araştırmasında abortus öyküsü ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamış, ancak gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile uyku kalitesi ters ilişkili bulunmuştur. Christian ve ark.'nın (121) çalışmasında multipar annelerin nullipar gebelere göre uyku kalitesinin daha kötü olduğunu bildirilmiştir. Bir meta-analiz çalışmasında ise kötü uyku kalitesinin ileri gebelik haftası ile ilişki olduğu, maternal yaş ve parite ile ilişkili olmadığı görülmüştür (99). Awlachev ve ark.'nın (104) çalışmasında 3.trimester ve multigravidanın kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile uyku kalitesi ilişkili bulunmamıştır. Fakat gebelik sayısının uyku kalitesiyle potansiyel olarak negatif yönde ilişkili olabileceği, ileri yaş gebelerde ise uyku kalitesinin iyi olduğu görülmüştür. Bu bağlamda yaşın ilerlemesiyle

yaşayan çocukların büyümesine bağlı olarak iş yükünün azalmasının, gebelik sayısının uyku kalitesi üzerindeki negatif yönde etkisini tamponlayabileceği söylenebilir.

Bu araştırmada planlı gebelik durumu ile uyku kalitesi ilişkili bulunmamıştır. Buna karşın Ertekin Pınar ve ark.'nın (120) çalışmasında planlanmamış gebelik durumunun kadınların uyku kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Bu farklılığın nedeni örneklem dağılımı ve gebelerin psikososyal durumları olabilir.

Bu araştırmada evde eş dışında yardımcı olabilecek birinin (anne, baba, kayınvalide, kardeş bakıcı vs.) yaşaması ile uyku kalitesi arasındaki ilişki de incelenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bu konu sosyal destek olarak ele alındığında Dikmen' in (71) çalışmasında gebelikte algılanan sosyal desteğin artmasıyla uyku kalitesinin de arttığı gözlenmiştir. Çelik ve Köse'nin (122) çalışmasında kalabalık aile ortamında yaşayan gebelerin daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Cebeci Özenel'in (123) çalışmasında ise uyku kalitesinin geniş ailede çekirdek aileye göre daha iyi olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmalara bakıldığında bu konu ile ilgili farklı sonuçlar görülebilmektedir. Araştırmada evde eş dışında yardımcı olan birinin varlığı incelenmiştir ancak sosyal destek kaynakları veya aile tipi sorgulanmamıştır. Bu farklılıklar ise örneklem özelliklerinin çeşitliliği nedeniyle karşımıza çıkıyor olabilir.

5.2.Sosyodemografik Veriler İle Gebelerde Eş Desteği İlişkisi

Gebelik süreci, anne ve baba adayı için kritik bir dönemdir. Bu süreçte baba adaylarının desteği ve sürece dâhil olmalarının anne ve bebek sağlığı üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir (12). Araştırmada katılımcı gebelerin algıladıkları eş desteği, GEDAÖ ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş ve ölçeğin toplam puanı ve bilişsel/duygusal/ maddi alt boyutlarının puanı sosyodemografik değişkenler ve gebelik özelliklerine göre analiz edilmiştir. Katılımcıların ortalama GEDAÖ toplam puanı 66,75 (SS=12,89), bilişsel puanı 24,30 (SS=5,91), duygusal puanı; 20,98 (SS=4,0), maddi puanı 21,46 (SS=4,20) olarak bulunmuştur. Ayrıca korelasyon analizi sonucu GEDAÖ toplam puanı ile alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki ve alt boyutların birbiriyle orta düzeyde pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Katılımcıların GEDAÖ toplam puan ortalaması, ölçekten elde edilebilecek minimum ve maksimum puanlara göre ortalamanın üzerindedir. Bu durumda gebelerin eşlerinden algıladıkları desteğin yüksek olduğu söylenebilir. Bu ölçeğin kullanıldığı Tosun ve Onat'ın (124) çalışmasında da benzer şekilde ölçek toplam ve alt boyut puanlarıyla algılanan eş desteğinin yüksek

düzyeyde olduğu belirtilmiştir. Yksekl ve Yurdakl'un (17) alışmasında da eş desteği algısının toplam ve alt boyut puanları yüksek bulunmuştur. Küçükkaya ve Bařđol'un (77) alışmasında gebelik döneminde algılanan eş desteğinin orta- yüksek düzyeyde olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada gebelerin yaşı ile GEDA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşı 35 yaş ve üzeri olan gebelerin, 18-24 yaş aralığındakilere göre eş desteği algısının azaldığı grlmştir. Alt boyutlar ile değerlendirildiğinde ise yaş aralıklarına göre GEDA puanı farklılık göstermektedir. Ancak  alt boyutta da eş desteği algısının ileri yaşlarda azaldığı grlmştir. Tosun ve Onat (124), Yksekl ve Yurdakl' un (17) alışmalarında da benzer şekilde ileri yaş gebelerde eş desteğinin daha az olduğu grlmştir. Yanık ve özcanarslan' ın (125) alışmasında sosyal destek algısı değerlendirilmiştir ve ileri yaş gebelerde özel kişiden alınan desteğin azaldığı grlmştir. Ayrıca yaşın ilerlemesiyle gebelerin daha çok boyun eğici yaklaşım içinde oldukları belirtilmiştir. Kanığ ve Eroğlu (126) ile Toptaş ve ark'nın (127) alışmalarında ise gebe yaşı ile algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durumun sebebi zamanla gebelik deneyiminin artması ve kadının gebeliğe adaptasyonun daha kolay olması sonucu eşinin desteğine daha az gereksinim duyması veya yaşın ilerlemesiyle ocuk sayısının ve sorumlukların artması sonucu eşlerden gelen desteğin yetersiz kalması sayılabilir.

Gebe eşinin yaşı ile eş desteği algısı arasında ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte 35 ve üzeri yaş aralığındaki eşlerin, 18-24 ve 25-29 yaş aralığındaki eşlere kıyasla GEDA puanının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Alt boyutlar ile değerlendirildiğinde ise eş yaşı aralıklarına göre GEDA puanı farklılık göstermektedir. Ancak eş yaşının artmasıyla GEDA'nin her  alt boyutunun puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular sonucunda gebe yaşında olduğu gibi, eş yaşının artmasıyla da gebelerde algılanan eş desteğinin azaldığı grlmştir. nal ve Kaya şenol'un (128) alışmasında ise gebede algılanan eş desteğinin gebe eşinin yaşıyla ilişkili olmadığı grlmştir. Bu durumda desteğin, eşin sadece yaşıyla değil, birçok özellikleri ile ilişkili olabileceği söylenbilir.

Araştırmada gebe VKİ ve GEDA toplam puanı, bilişsel ve maddi puanları arasında ilişki bulunmamış ancak GEDA duygusal puanı arasında istatistiksel olarak sınırdan anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. Fazla kilolu ve obez olan grupların GEDA duygusal puanı diğerlerine göre nispeten daha düşük saptanmıştır. Ancak ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Fazla kilolu yada

obez grupların duygusal destek puanındaki görece düşüklük, bu gruptaki gebelerin eşlerinden duygusal anlamda daha az destek algıladığını göstermektedir. Litetaratürde VKİ yüksek gebelerin vücut imajıyla ilgili memnuniyetsizlikleri ile depresif semptomlar arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (129). Bu bağlamda beden imajı algısı ve kiloyla ilişkili psikososyal etkenler hamilelik döneminde duygusal ilişkileri etkileyebilir ve gebe kadınlar eşlerinden aldıkları desteği yetersiz algılayabilirler. Ayrıca kilo alımıyla gebeler daha çok desteğe ihtiyaç duyabilir.

Araştırmada eş desteği algısı ile kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ilişkili bulunmamıştır. Ancak her iki değişkenin varlığında, GEDAÖ toplam puanı nispeten yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık varlığı; gebelik dönemini daha karmaşık hale getirebilir, kadın üzüntü, endişe ve suçluluk yaşayabilir. Bu problemlerle baş edebilmesi ise kişisel ve psikososyal özellikler dâhil olmakla beraber birçok faktöre bağlı olabilir. Palus ve ark. (130) tarafından yapılan çalışmada gebelik döneminde diyabeti olan gebelerin, diyabeti olmayan gebe grubuna göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyacı olduğu görülmüştür. Kronik hastalık durumu ile sürekli ilaç kullanımı birbirleriyle ilişkili değişkenlerdir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaması; örneklemin çoğunluğunun sağlıklı gebelerden oluşması ve hastalıklarının kontrol altında olmasıyla açıklanabilir.

Bu araştırmada GEDAÖ puanı ile gebe ve eşlerinin eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır Gebelerin ve eşlerinin ilkökul mezunu gruplarında GEDAÖ toplam puanı daha düşük görülse de eğitim grupları arasında değişkenlik göstermektedir. Bu sonucu destekler nitelikte Mermer ve ark.'nın (131) çalışmasında gebenin eğitim durumu ile sosyal destek algısı ilişkili bulunmamıştır. Ünal ve Kaya Şenol'un (128) çalışmasında ise yüksek eğitim seviyesine sahip olan gebelerin eş desteği algısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Metin ve Pasinlioğlu da (70) çalışmasında yüksek eğitim seviyesinin sosyal destek algısını olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir. Aynı çalışmada ekonomik durumu iyi olanların, kendisi ve eşi çalışanların, evliliklerinin ilk senelerinde olanların sosyal destek algısının yüksek olduğu ve bu desteğin daha çok aile ve eşten geldiği görülmüştür. Toptaş ve ark.'nın (127) çalışmasında gebenin ve eşinin eğitim durumunun artmasıyla sosyal desteğin arttığı belirtilmiştir. Yine Yanık ve Özcanarlan'ın (125) çalışmasında yüksek eğitim düzeyi ile özel kişiden alınan sosyal destek algısının arttığı görülmüştür. Zarghani ve ark.'nın (132) çalışmasında gebelerin yüksek eğitim seviyesi ve eşinin çalışması sosyal destek algısını pozitif yönde etkilemiştir. Topaloğlu Ören ve ark.'nın (133) çalışmasında gebe

eşlerinin yüksek eğitim seviyesine sahip olması gebelerin sosyal destek algısını üzerine olumlu yönde etkilediği bulunmuştur Farklı olarak Güner'in (82) çalışmasında eğitim düzeyleri ortaokul olan eşlerin destek düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmalara göre genel olarak eğitim seviyesinin yükselmesiyle algılanan sosyal destek ve eş desteğinin daha iyi olduğu görülmüştür. Bu araştırmada ise istatistiksel olarak anlamlılık göstermese de eğitim seviyesi düşük grubun GEDAÖ puanının düşük olması, literatürle nispeten tutarlılık göstermektedir. Farklılığın nedeninin katılımcıların sosyo-demografik profillerine bağlı olabilmesinin yanında gebelerin ve eşlerinin eğitim seviyelerinin algılanan eş desteğini tek başına etkilemediği söylenebilir.

Bu araştırmada gebe çalışma durumu ve sosyoekonomik seviye ile eş desteği algısı arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu konu ile ilgili olarak; Mermer ve ark.(131) ile Ünal ve Kaya Şenol'un (128) çalışmalarında, gebenin çalışma durumu ve gelir seviyesi sosyal destekle ilişkili bulunamamıştır. Arıkan ve Kehriman'ın (134) çalışmasında ise çalışan gebelerde algılanan sosyal destek artmıştır Topaloğlu Ören ve ark.'nın (133) çalışmasında, çalışan ve gelir seviyesi iyi olan gebelerin sosyal destek algısının ve konfor düzeyinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu durum geniş sosyal çevrenin ve iyi sosyoekonomik düzeyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesiyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca başka bir çalışmada da eşleri çalışan gebelerin sosyal destek algılarının ve psikososyal sağlıklarının daha iyi olduğu görülmüştür (135). Yine Turan ve ark.'nın (136) çalışmasında gelir seviyesi düşük olanların ve eşi çalışmayan gebelerin sosyal destek algısının daha kötü olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre gebenin çalışmasıyla sosyal çevresinin genişlemesi sonucu sosyal desteğin arttığı, refah seviyesinin yükselmesi ile psikososyal sağlığın olumlu etkilendiği söylenebilir. Bunların yanında çalışma koşulları, çalışılan ortam, yaşanan ruh hali, yorgunluk gibi durumların gebeyi etkileyebileceği ve beklenen desteğin yetersiz kalabileceğini gösterebilir.

Bu araştırmada gebe eşlerinin yaklaşık dörtte üçü gündüz mesaisinde çalışmaktadır Algılanan eş desteği ile eşinin mesai zamanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamış buna karşın gündüz mesaisinde olanların toplam GEDAÖ puanının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum gündüz çalışan kocaların eşleriyle daha az zaman geçirmesiyle ilişkili olabilir. Demirel ve ark.'nın (84) COVID 19 pandemi zamanı yaptığı bir çalışmada gebelerin stres seviyesinin düşük, eş desteği algısının yüksek olduğu bulunmuştur ve bu sonuç çiftlerin daha fazla vakit geçirmesiyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca eşin çalışma şeklinin destek düzeyini doğrudan etkileyen bir

faktör olmadığını ve iletişim şekli, duygusal yakınlık gibi psikososyal değişkenler ile de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Evlilik süresi ile eş desteği algısı ilişkili bulunmuştur. Evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olan gebelerin eş desteği algısının daha düşük olduğu görülmüştür. Yüksekal ve Yurdakul (17), Metin ve Pasinlioğlu'nun (70) çalışmalarında evlilik süresinin uzamasıyla eş desteğinin azaldığı bildirmiştir. Literatürde ilişki süresinin uzamasıyla ilişki memnuniyetinin azaldığı bildirilmektedir (137). Topaloğlu Ören ve ark.'nın (133) çalışmasında evliliklerinin ilk yıllarında olan gebelerin konfor düzeyinin daha yüksek olduğu, yaşayan çocuk sayısının artmasıyla konfor düzeyinin ve algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmüştür. Ayrıca Çakır ve Can (138) çalışmasında düşük eğitim seviyesi, uzun evlilik süresi ve plansız gebelik durumlarının psikososyal sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğunu bildirmiştir. Kaniğ ve Eroğlu'nun (126) çalışmasında ise evlilik süresi ile sosyal destek düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Evlilik süresi ile eş desteği arasındaki negatif ilişki ilk gebeliklerde gösterilen ilginin ve desteğin sonraki gebeliklerde azalması ve zamanla çiftler arasında iletişim eksiklerinin gelişebileceği ile ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların yarısından fazlasının ilk gebeliği olduğu görülmüştür ve gebelik sayısı ile eş desteği algısı ilişkili bulunmuştur. Üç ve daha fazla gebelik yaşayan kadınların GEDAÖ toplam, duygusal ve maddi puanlarının ilk veya ikinci gebeliği olan kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular gebelik sayısının artmasıyla birlikte gebelerin eşlerinden algıladıkları desteğin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Tosun ve Onat'da (124) çalışmalarında gebelik sayısının artmasıyla eş desteği düzeyinin azaldığını bildirmişlerdir. Yanık ve Özcanarlan'ın (125) çalışmalarında gebelik sayısının artması ile aile desteği, özel kişinin desteği, özgüven ile ilgili durumların azaldığı bulunmuştur. Kaniğ ve Eroğlu' nun (126) çalışmasında gebelik sayısı ile sosyal destek arasında ilişki saptanamamıştır. Aydın Özkan ve ark.'nın (139) çalışmasında genç yaş, yüksek eğitim düzeyi, çalışıyor olmak, planlı gebelik ve ilk gebelik olma durumlarında gebelerin konfor düzeyi daha iyi bulunmuş; multiparitenin ise gebenin konforunu olumsuz etkilediği görülmüştür. Annenin konforunun annelik rolü ve eşleriyle ilişkileri gibi birçok faktörden etkilendiği dikkate alındığında, gebelik ve çocuk sayısının artmasıyla kadınların ihtiyaçlarının artabileceği ve eş desteğinin yetersiz gelebileceği söylenebilir. Ayrıca gebelik sayısının artmasıyla annenin çocuk bakımı konusunda deneyim kazanacağı ve eşlerin desteğine daha az ihtiyaç duyabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların çoğunluğunun ilk gebelikleri olduğundan yaşayan çocuğu bulunmamaktadır. Yine de elde edilen bulgulara göre yaşayan çocuk sayısı ile eş desteği ilişkili bulunmuş ve iki veya daha fazla çocuklu kadınlarda eş desteğinin azaldığı görülmüştür. Gebelik sayısı ve çocuk sayısı; Yüksekal ve Yurdakul'un (17) çalışmasında eş desteği ile negatif ilişkili bulunmuş, Ünal ve Kaya Şenol'un (128) çalışmasında ise ilişkili bulunmamıştır. Evlilik süresi, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısının birbirleriyle ilişkili durumlar olduğu ve araştırmadan elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Bu durumu etkileyen faktörler arasında; haneye eklenen çocuklarla birey sayısının artması sonucu eşler arası iletişimin azalması, ailenin ekonomik olarak etkilenmesi ve hem gebede hem de eşlerde artan sorumlulukların artmasına bağlı endişeler yer alabilir.

Araştırmada gebelik haftasıyla eş desteği algısı ilişkili bulunmamıştır. Literatürde bu bulguyla uyumlu çalışmalar yer almaktadır (12,124). Gebelik haftasına göre gebelerin ihtiyaçları değişebilir ve eş desteğinin gebelik haftasından bağımsız olarak süreklilik gösteren bir durum olduğu söylenebilir. Güner (82) ise çalışmasında 3. trimesterde eş desteğinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Kanığ ve Eroğlu' da (126) benzer şekilde 3. trimestere doğru özel kişi tarafından algılanan sosyal desteğin arttığını bildirmiştir. Bu durumu da gebeliğin son dönemlerinde gebenin hem fiziksel hem de psikolojik yönden ihtiyaçlarının artmasıyla ilişkilendirmiştir.

Elde edilen bulgular sonucunda evinde eşi dışında başka biri olmayan gebelerin, olanlara kıyasla GEDAÖ toplam ve duygusal alt boyut puanı daha düşük bulunmuştur. Aynı evde yaşayan bir başkasının varlığında gebelerin eşlerinden algıladıkları desteğin arttığı, bunun da algılanan duygusal destekten kaynaklandığı görülmektedir. Güner (82) ise çalışmasında çekirdek aile ortamında olan gebelerin algıladıkları eş desteğinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çekirdek ailede yaşayanların sosyal destek algısının daha yüksek olduğunu bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (124,131,133,140). Ailede artan birey sayısı ile eş desteğinin azalıyor oluşu, eşler arası duygusal iletişiminin azalmasının sonucu olarak yorumlanabilse de bu durum sosyal destek boyutunda hem gebenin hem de eşinin sorumluluklarının paylaşılması sonucu birbirlerine zaman ayırabilecekleri ve gebelerin duygusal açıdan memnuniyet duyabilecekleri bir zemini de sağlayabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin tamamına yakını planlı gebelik yaşadıklarını bildirmişlerdir. Elde edilen bulgulara göre planlı gebelik durumu ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili bulunmamıştır. Ancak planlı gebelik

yaşayan gebelerin GEDAÖ puanının plansız gebelik yaşayanlara göre nispeten yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde bu konuyla ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Tosun ve Onat(124) ile Ünal ve Kaya Şenol'un (128) çalışmalarında planlanan gebelik durumuyla eş desteği algısı arasında ilişki bulunamamıştır. Güner (82) ise planlı olmayan gebeliklerde algılanan eş desteğinin daha düşük olduğunu bildirmiştir. Planlanmamış gebeliklerde planlı gebeliklere kıyasla gebelerin daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı görülmüştür (141). Gebelerin veya eşlerin gebeliği istemediği durumlarda gebeler eş desteğini yetersiz hissedebilir. Hem eş desteğinin yetersiz olması hem de planlanmamış gebelikler, kadının psikolojik durumunu olumsuz yönde etkileyebilir (142). Bu araştırmada elde edilen sonuç ise kültürel özelliklerin etkisi ve örneklem çeşitliliği gibi faktörler ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada katılımcıların yaklaşık beşte biri önceki gebeliklerinde düşük veya ölü doğum öyküsü belirtmiştir. Gebelik öyküsü ile GEDAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak düşük/ölü doğum öyküsü olanların, olmayanlara göre GEDAÖ toplam puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu gebelik öyküsü ile eş desteğinin az da olsa ilişkili olabileceğini gösterebilir. Gebelik kaybı anne ve baba adayları için travmatik olabilmekte ve kadınlar psikolojik stres , korku, endişe, özgüven eksikliği yaşayabilmektedir (143). Stresin artmasıyla gelişen suçluluk, duygusal yük, kadının çevresinden gelen desteği algılama şeklini olumsuz yönde etkileyebilir. Kadın, eşi tarafından aldığı desteği yetersiz hissedebilir veya olumsuz duygular nedeniyle çiftler arasındaki iletişim zayıflayabilir ve destekten faydalanmakta zorlanabilir. Bu sebeple iki grubun eş desteği benzer olsa da algılanan destek daha düşük düzeyde olabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Verilerin sadece üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran katılımcılardan sağlanması nedeniyle araştırma nüfusun genelini yansıtmayabilir. Ayrıca uyku kalitesini en çok etkileyen ana faktörlerin sorgulanmasına rağmen, kaliteyi etkileyen daha birçok etkenin (beslenme, kötü alışkanlıklar, fiziksel aktivite vb.) bulunması ve bunların hepsinin sorgulanmamış olması, hem uyku hem de eş desteği algısının kişinin farklı psikososyal durumlarından etkilenebileceği ve aile içinde yaşanan olayların da verilen cevapları etkileyebileceği araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Ayrıca tanısı

konulmamış uyku hastalıkları ve psikiyatrik durumlar, araştırmanın diğer kısıtlılıkları olarak sayılabilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmada çeşitli sosyodemografik özellikler ve eş desteğinin uyku kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Uyku kalitesi gebenin yaşı arttıkça iyileşmiş olup, ileri gebelik haftalarında ise kötü bulunmuştur. Gebelerin eş desteği algısı ise; yaş, evlilik süresi, gebelik ve çocuk sayısı ve evinde eş dışında yardımcı birinin varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte gebelerin algıladıkları eş desteği ile uyku kalitesi arasında doğrudan bir ilişki bulunamamıştır.

Uyku kalitesinin birçok faktöre bağlı olarak değiştiği söylenebilir. Gebe takiplerinde anne-bebek sağlığı açısından, gebelerin tıbbi durumlarının yanında uyku durumlarının bütüncül bakış ağısıyla sorgulanması ve aile içi destek sistemlerinin de değerlendirilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Güven Santur S, Özşahin Z. Sleep and midwifery approach in the stages of women's life. *The Journal*. 2021;12(4):207-16.
2. Sarıçam H. Bir ölçek geliştirme çalışması: cumhuriyet öznel uyku kalitesi ölçeğinin psikometrik özellikleri. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2022; 44(1): 44-50.
3. Chattu VK, Manzar MdD, Kumary S, Burman D, Spence DW, Pandi-Perumal SR. The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications. *Healthcar*. 2018;7(1):1.
4. Ferrari G, Alberico C, Drenowatz C, Kovalskys I, Gómez G, Rigotti A, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of meeting the Canadian 24-hour movement guidelines among latin american adults: a multi-national cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):217.
5. Witkowska-Zimny M, Zhyvotovska A, Isakov R, Boiko DI, Nieradko-Iwanicka B. Maternal sleeping problems before and after childbirth - a systematic review. *Int J Womens Health*. 2024;16: 345-71.
6. Smyka M, Kosińska-Kaczyńska K, Sochacki-Wójcicka N, Zgliczyńska M, Wielgoś M. Sleep problems in pregnancy—a cross-sectional study in over 7000 pregnant women in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5306.
7. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: Impact on pregnancy outcome. *Sleep Med*. 2014;15(8):853-9.
8. Mullington JM, Haack M, Toth M, Serrador J, Meier-Ewert H. Cardiovascular, inflammatory and metabolic consequences of sleep deprivation. *Prog Cardiovasc Dis*. 2009;51(4):294-302.
9. Wang R, Xu M, Yang W, Xie G, Yang L, Shang L, vd. Maternal sleep during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Investig*. 2022;13(7):1262-76.
10. Arslan S, Okçu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(1):179-92.
11. Özhüner Y, Çelik N. Sleep quality and quality of life in pregnant. *AHSR*. 2019;6(1):25-33.

12. Yurdakul M, Beşen MA, Alici D. Gebelikte eş desteği algısı ölçeği'nin (gedaö) geliştirilmesi: Güvenirlilik ve geçerlik çalışmaları. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2020;17(3):258.
13. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The direct and mediating effect of social support on health-related quality of life during pregnancy among Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):372.
14. Li B, Liu T, Ma D, Sun J, Liu J. Association of fear of childbirth and postpartum depression with perceived partner response during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:211.
15. Arisukwu O, Igbolekwu CO, Oyekola IA, Oyeyipo EJ, Asamu FF, Osueke ON. Spousal support during pregnancy in the Nigerian rural context: A mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):772.
16. Ledbetter C. Partner support in pregnancy: can prenatal and postpartum couples therapy reduce postpartum pathology and strengthen mother-offspring attachment. *Ideas and Research You Can Use: Vistas*. 2013;48(1);1-10 .
17. Yüksek Z, Yurdakul M. Gebelerin eş desteği algıları ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021;15(4):800-808.
18. Nalbant DS. Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. *Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya*, 39-40.
19. Chandra M, Paray AA. Natural physiological changes during pregnancy. *Yale J Biol Med*. 2024;97(1):85-92.
20. Valente AM, Economy K. Maternal adaptations to pregnancy: Cardiovascular and hemodynamic changes. *UpToDate*; 2025. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-cardiovascular-and-hemodynamic-changes?> Erişim tarihi: 05 Kasım 2025.
21. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013;27(6):791-802.
22. Izci B, Vennelle M, Liston WA, Dundas KC, Calder AA, Douglas NJ. Sleep-disordered breathing and upper airway size in pregnancy and post-partum. *European Respiratory Journal*. 2006;27(2):321-7.
23. Grattan DR, Ladyman SR. Neurophysiological and cognitive changes in pregnancy. *Handbook of Clinical Neurology*. 2020;171, 25-55.
24. Yalçın T, Besler HT. Plasental hormonların maternal metabolizma ve fetal büyüme üzerine etkisi. *Bes Diy Derg*. 2014;42(3):242-51.
25. Pangkahila ES, Tangkas LPWS. Thyroid dysfunction in pregnancy: a literature review. *European Journal of Medical and Health Sciences*. 2023;5(3):12-6.

26. Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(4): 243-51.
27. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2007;38(4):155-61.
28. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca H, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar (Common psychiatric disorders in pregnancy and postpartum period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014; 45(2): 71-77.
29. Ardiç S. Uyku Fizyolojisi. *Turkiye Klinikleri Biomed Spec Top*. 2020;1(1):1-8.
30. España RA, Scammell TE. Sleep neurobiology from a clinical perspective. *Sleep*. 2011;34(7):845-58.
31. Bora İH, Bican A. Uyku Fizyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci*. 2007;3(23):1-6.
32. Kirsch D, Benca R, Eichler A. Stages and architecture of normal sleep. Uptodate; Updated. 2020; Erişim Adresi: <https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep>. Erişim tarihi: 01 Kasım 2025.
33. Pelin Z, Gözükirmizi E. Uyku ve uyanıklığın kontrol mekanizmaları. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry*. 2001;2(2):69-74.
34. Insufficient sleep: Definition, epidemiology, and adverse outcomes. Uptodate; 2025. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/insufficient-sleep-definition-epidemiology-and-adverse-outcomes?> Erişim tarihi: 09 Kasım 2025.
35. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the american academy of sleep medicine and sleep research society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015; 11(06):591-2.
36. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-73.
37. McCarter SJ, Hagen PT, St. Louis EK, Rieck TM, Haider CR, Holmes DR. Physiological markers of sleep quality: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*. 2022;64:101657.
38. Durmer JS, Dinges DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Semin Neurol*. 2005;25(1):117-29.
39. Van Dongen HPA, Baynard MD, Maislin G, Dinges DF. Systematic interindividual differences in neurobehavioral impairment from sleep loss: Evidence of trait-like differential vulnerability. *Sleep*. 2004;27(3):423-33.

40. Tse LA, Wang C, Rangarajan S, Liu Z, Teo K, Yusufali A, vd. timing and length of nocturnal sleep and daytime napping and associations with obesity types in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2113775.
41. Hoevenaar-Blom MP, Spijkerman AM, Kromhout D, Verschuren WM. Sufficient sleep duration contributes to lower cardiovascular disease risk in addition to four traditional lifestyle factors: the Morgen study. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(11):1367-75.
42. Zheng NS, Annis J, Master H, Han L, Gleichauf K, Ching JH, vd. Sleep patterns and risk of chronic disease as measured by long-term monitoring with commercial wearable devices in the all of us research program. *Nat Med*. 2024;30(9):2648-56.
43. Porkka-Heiskanen T, Zitting KM, Wigren HK. Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta Physiologica*. 2013;208(4):311-28.
44. Singh KK, Ghosh S, Bholra A, Verma P, Amist AD, Sharma H, sleep and immune system crosstalk: implications for inflammatory homeostasis and disease pathogenesis. *Annals of Neurosciences*. 2025;32(3):196-206.
45. Benca R. Risk factors, comorbidities, and consequences of insomnia in adults. Uptodate; 2025. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-comorbidities-and-consequences-of-insomnia-in-adults?> Erişim tarihi: 16 Kasım 2025.
46. Öztürk DM, Yılmaz A, Müsüroğlu S, Sevinç S, Akcan B. Determination of sleep quality of sleeping pregnancies in last trimester and methods of coping with sleeping problems. Son trimesterdeki gebelerin uyku kalitelerinin ve uyku problemlerine karşı başetme yöntemlerinin belirlenmesi. *Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10(3):212-216.
47. Bourjeily G. Sleep disorders in pregnancy. *Obstet Med*. 2009;2(3):100-6.
48. Okun ML, Hanusa BH, Hall M, Wisner KL. Sleep complaints in late pregnancy and the recurrence of postpartum depression. *Behav Sleep Med*. 2009;7(2):106-17.
49. Louis JM, Pien GW. Obstructive sleep apnea in pregnancy - UpToDate; 2025. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/obstructive-sleep-apnea-in-pregnancy?> Erişim tarihi: 07 Kasım 2025.
50. Karataş M, Çam O, Tekin M. Gebelik sırasında ve postpartum dönemde nazal hava yolu açıklığının değerlendirilmesi. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*. 2016;26(2):92-100.
51. Pien GW, Pack AI, Jackson N, Maislin G, Macones GA, Schwab RJ. Risk factors for sleep-disordered breathing in pregnancy. *Thorax*. 2014;69(4):371-7.
52. Bourjeily G, Danilack VA, Bublitz MH, Lipkind H, Muri J, Caldwell D. Obstructive sleep apnea in pregnancy is associated with adverse maternal outcomes: A national cohort. *Sleep Med*. 2017;38:50-7.

53. Lu Q, Zhang X, Wang Y, Li J, Xu Y, Song X. Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2021;58:101436.
54. O'Brien LM, Bullough AS, Owusu JT, Tremblay KA, Brincat CA, Chames MC. Pregnancy-onset habitual snoring, gestational hypertension, and pre-eclampsia: prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(6):487.e1.
55. Dunietz GL, Hao W, Shedden K, Holzman C, Chervin RD, Lisabeth LD. Maternal habitual snoring and blood pressure trajectories in pregnancy. *J Clin Sleep Med*. 2022;18(1):31-8.
56. Chen SJ, Shi L, Bao YP, Sun YK, Lin X, Que JY, et al. Prevalence of restless legs syndrome during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2018;40:43-54.
57. Na M, Wu J, Li M, Hinkle SN, Zhang C, Gao X. New onset of restless legs syndrome in pregnancy in a prospective multiracial cohort. *Neurology*. 2020;95(24):e3438-47.
58. Facco FL, Parker CB, Reddy UM, Silver RM, Koch MA, Louis JM. Association between sleep-disordered breathing and hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. 2017;129(1):31-41.
59. Connor JR, Patton SM, Oexle K, Allen RP. Iron and restless legs syndrome: treatment, genetics and pathophysiology. *Sleep Medicine*. 2017;31:61-70.
60. Peters AEJ, Verspeek LB, Nieuwenhuijze M, Harskamp-van Ginkel MW, Meertens RM. The relation between sleep quality during pregnancy and health-related quality of life—a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2023;36(1):2212829.
61. Du M, Liu J, Han N, Zhao Z, Yang J, Xu X, vd. Maternal sleep quality during early pregnancy, risk factors and its impact on pregnancy outcomes: a prospective cohort study. *Sleep Medicine*. 2021;79:11-18
62. Tomfohr LM, Buliga E, Letourneau NL, Campbell TS, Giesbrecht GF. Trajectories of sleep quality and associations with mood during the perinatal period. *Sleep*. 2015;38(8):1237-45.
63. Mislu E, Kumsa H, Tadesse S, Arage MW, Susu B, Ayele M. Sleep quality disparities in different pregnancy trimesters in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(1):627.
64. Yang Y, Mao J, Ye Z, Li J, Zhao H, Liu Y. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: A cross-sectional survey. *Nursing and Palliative Care*. 2018;31(22).
65. Misgina KH, Levine L, Boezen HM, Bezabih AM, van der Beek EM, Groen H. Influence of perinatal distress on adverse birth outcomes: A prospective study in the Tigray region, northern Ethiopia. *PLoS One*. 2023;18(7).

66. Doğrul E, Dikmen HA. Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi: Tanımlayıcı bir çalışma. SELSAD. 2023;4(2):163-75.
67. Yılmaz FA, Gözüyeşil E, Köse Tuncer S, Akman G, Aba YA, Durgun Ozan Y. Prenatal distress levels of pregnant women in Turkey and affecting factors: A multicentre study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2021;41(5):708-13.
68. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*. 2014;27(4):e36-42.
69. Aydın Eİ, Dikmen R, Şahin S. Nursing Care Applied to a Woman in the Postpartum Period According to the Roy Adaptation Model: A Case Report. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2024; 10(1), 73-93.
70. Pasinlioğlu T, Metin A. The relationship between perceived social support and prenatal attachment in pregnant women. *International Refereed Journal Of Gynaecological Diseases And Maternal And Child Health*. 2016;49-49.
71. Dikmen HA. Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyinin distres, depresyon ve uyku kalitesi ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2020;5(3):450-9.
72. Feeney BC, Collins NL. A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Pers Soc Psychol Rev*. 2015;19(2):113-47.
73. Li T, Guo N, Jiang H, Eldadah M, Zhuang W. Social support and second trimester depression. *Midwifery*. 2019;69:158-62.
74. Kızılırmak A, Calpbinici P, Tabakan G, Kartal B. Correlation between postpartum depression and spousal support and factors affecting postpartum depression. *Health Care For Women International*. 2021;42:1-15.
75. Zell E, Stockus CA. Social support and psychological adjustment: A quantitative synthesis of 60 meta-analyses. *American Psychologist*. 2025;80(1):33-46.
76. McLeod S, Berry K, Hodgson C, Wearden A. Attachment and social support in romantic dyads: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;76:59-101.
77. Kucukkaya B, Basgol S. The effect of perceived spousal support on childbirth self-efficacy on pregnant women in turkey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23:173.
78. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):616-23.
79. Mehran N, Hajian S, Simbar M, Alavi Majd H. Spouse's participation in perinatal care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):489.
80. Besral B, Misrawati M, Afiyanti Y, Ismail RI, Arifin H. MIESRA mHealth: Marital satisfaction during pregnancy. *PLoS One*. 24 Ağustos 2023;18(8):e0289061.

81. Küçükaya B, Dindar İ, Erçel Ö, Yılmaz E. Anxieties related to delivery and postpartum period of pregnant women according to pregnancy periods. *Jaren*. 2018; 4(1): 28-36.
82. Güner O. Gebelikte eş desteği ile stres, anksiyete, depresyonun ilişkisi ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2023; 39(2):235-242.
83. Tanner Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol*. 2012;26(3):453-63.
84. Demirel Bozkurt O, Yagcan H, Hazar S, Karaman T. The effect of spousal support on distress experienced during pregnancy in COVID-19 pandemic: Sample of Türkiye. *Health Care for Women International*. 2024;45(9):1003-15.
85. Wierenga H, Skalkidou A, Schober P. Pregnancy planning and partner support: Protective factors for women's perinatal wellbeing in Sweden?. *Journal of Affective Disorders*. 2025;388:119723.
86. Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM. The impact of paternal involvement on fetto-infant morbidity among Whites, Blacks and Hispanics. *Matern Child Health J*. 2010;14(5):735-41.
87. Aktaş H, Aktaş E, Sal S. Eş desteğinin aile huzuruna etkisi. *Okad*. 2023;3(2):161-84.
88. Seo S, Mattos MK. The relationship between social support and sleep quality in older adults: A review of the evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024;117:105179.
89. Kent de Grey RG, Uchino BN, Trettevik R, Cronan S, Hogan JN. Social support and sleep: A meta-analysis. *Health Psychol*. 2018;37(8):787-98.
90. Marini CM, Wilson SJ, Nah S, Martire LM, Sliwinski MJ. Rumination and sleep quality among older adults: Examining the role of social support. *J Gerontol; Series B*. 2021;76(10):1948-59.
91. Krause N, Rainville G. Exploring the relationship between social support and sleep. *Health Educ Behav*. 2020;47(1):153-61.
92. Nguyen AW, Bubu OM, Ding K, Lincoln KD. Chronic stress exposure, social support, and sleep quality among African Americans: findings from the National Survey of American Life-Reinterview. *Ethnicity & Health*. 2024;29(6):620-44.
93. Chen J, Sun M, Huang C, Xiao J, Tang S, Chen Q. Pathways from neuroticism, social support, and sleep quality to antenatal depression during the third trimester of pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5602.
94. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213.

95. Ağargün MY. Validity and reliability of Turkish version of Pittsburgh Sleep Quality Index. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7, 107.
96. Jamovi - open statistical software for the desktop and cloud. Erişim adresi: <https://www.jamovi.org/>. Erişim tarihi: 09 Kasım 2025.
97. Ersan B, Özgen Özkaya Ş. Is there a relationship between sleep quality, dietary intake and weight gain in Turkish pregnant women?. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025;25(1):808.
98. Monirian F, Soltani F, Samavati S, Aghababaei S, Tapak L. Pregnancy concerns as predictors of sleep quality in primigravid women: A cross-sectional study. *Cureus*. 2024;16(3):e55442.
99. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM. Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2018;38:168-76.
100. TÜİK Kurumsal, Doğum İstatistikleri, 2024. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196> Erişim tarihi: 08 Kasım 2025.
101. Dolu I, Cangöl Söğüt S, Cangöl E. Sleep quality in pregnant women considering maternal age: A cross-sectional study. *Journal Of Turkish Sleep Medicine-Turk Uyku Tbb Dergisi*. 2022;9(1).
102. Karaca SN, Kurt B, Yıldız Ç. Evaluation of sleep quality and related factors in pregnant women. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2022; 44(3):296-303.
103. Taskıran N. Pregnancy and sleep quality. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2011;8(3):181-7.
104. Awlachev S, Desalew A, Jibro U, Tura AK. Pregnant women's sleep quality and its associated factors among antenatal care attendants in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia. *Sci Rep*. 2025;15:15613.
105. Karadeniz M, Ser MH, Benbir Şenel G. Evaluation of sleep quality in pregnancy according to trimesters and investigation of related factors. *Jtsm*. 2023;10(2):116-21.
106. Lee JH, Cho J. Sleep and obesity. *Sleep Med Clin*. 2022;17(1):111-6.
107. Tang Y, Dai F, Razali NS, Tagore S, Chern BSM, Tan KH. Sleep quality and BMI in pregnancy– a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):72.
108. Song L, Lei J, Jiang K, Lei Y, Tang Y, Zhu J. The association between subclinical hypothyroidism and sleep quality: a population-based study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:369-74.
109. Wu Q, Meng Z, Liu Q, Zhang L, Mao B, Wang C. Sleep quality in women with diabetes in pregnancy: a single-center retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):597.

110. Sut HK, Asci O, Topac N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2016;34(4):302-9.
111. Yu J, Chen Z, Chen Y, Wang X, Luo Z, Fan J. Neglected sleep quality problems in women with gestational diabetes mellitus: A multi-center cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(1):794.
112. Bahani M, Zhang Y, Guo Y, Haretebieke S, Wu D, Zhang L. Influencing factors of sleep quality in pregnant: a structural equation model approach. *BMC Psychology*. 2024;12(1):171.
113. Abay H, Öztürk Gülmez B, Kaplan S. The effect of maternal sleep quality in late pregnancy on prenatal, birth and early postnatal outcomes. *J Sleep Res*. 2024;33(6):e14218.
114. Karabulutlu Ö, Çiçek B. Gebelerde uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2024;9(2):168-78.
115. Saini EK, Keiley MK, Fuller-Rowell TE, Duke AM, El-Sheikh M. Socioeconomic status and sleep among couples. *Behav Sleep Med*. 2021;19(2):159-77.
116. Teker AG, Luleci NE. Sleep quality and anxiety level in employees. *North Clin Istanbul*. 2018;5(1):31-36.
117. Troxel WM, Robles TF, Hall M, Buysse DJ. Marital quality and the marital bed: Examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Med Rev*. 2007;11(5):389-404.
118. Köybaşı E, Oskay M. Effects of pregnancy process on the quality of sleep. *Gulhane Med J*. 2017; 59(1).
119. Çoban A, Yanikkerem E. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*. 2010. 49(2), 87-94.
120. Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014; 7(3): 171-177.
121. Christian LM, Carroll JE, Porter K, Hall MH. Sleep quality across pregnancy and postpartum: effects of parity and race. *Sleep Health*. 2019;5(4):327-34.
122. Çelik F, Köse M. Gebelikte uyku kalitesinin trimester ile ilişkisi. *Ktd*. 2017;18(3):85-8.
123. Cebeci Özenel N. Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, 2020.
124. Tosun Güleroğlu F, Onat T. Gebelerde algılanan eş desteği ve gebelik semptomları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;12(2):416-24.

125. Yanık D, Özcanarşlan F. Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki. *Journal of Midwifery and Health Sciences*. 2019;2(3):96-104.
126. Kaniğ M, Eroğlu K. Perceived level of social support among pregnant women and affecting factors. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2019;16(2): 125-133.
127. Toptaş B, Aksu H, Özsoy S, Dündar T. social support status and the affecting factors in pregnant women. *International Journal of Human Sciences*. 2019; 16(3), 736-745.
128. Ünal E, Kaya Senol D. The relationship between perceived spousal support in pregnancy and prenatal attachment in Turkey. *JMRH* 2024;12(3).
129. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):409-21.
130. Iwanowicz-Palus G, Zarajczyk M, Bień A, Korzyńska-Piętas M, Krysa J, Rahnama-Hezavah M, vd. The relationship between social support, self-efficacy and characteristics of women with diabetes during pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(1):304.
131. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2010; 1(2), 71-76.
132. Zarghani NH, Nazari M, Shayeghian Z, Shahmohammadi S. Social support in the pregnant and non-pregnant women and its associated dimensions. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2016; 11-18.
133. Topaloğlu Ören ED, Çetin Avcı S, Kahveci M, Egelioglu Cetişli N. Perceived social support and comfort level of turkish pregnant women: A correlational study. *Genel Tıp Derg*. 2025;35(3):406-14.
134. Arıkan D, Kahrıman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2002; 5(1).
135. Değirmenci F, Vefikuluçay Yılmaz D. The relationship between psychosocial health status and social support of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2020;41(4):290-7.
136. Turan Z, Kurt G, Arşlan H. Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisinin incelenmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2020;45(3):1126-36.
137. Freeman H, Simons J, Benson NF. Romantic duration, relationship quality, and attachment insecurity among dating couples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(1):856.

138. Can H, Çakır L. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012;3(2):35-42.
139. Özkan SA, Şenol DK, Aslan E. Üçüncü trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020;13(2), 92-99.
140. Okanlı A, Tanrıverdi G, Kırpınar I. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:98-105.
141. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:44.
142. Kroelinger CD, Oths KS. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*. 2000;27(2):112-9.
143. Qu F, Wu Y, Zhu YH, Barry J, Ding T, Baio G. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2017;7:1731.

8. EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Yaşınız: Eşinizin yaşı
- 2) Kilonuz: Boyunuz:
- 3) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
Var ise lütfen belirtiniz.....
- 4) Sürekli kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı? Evet () Hayır ()
Var ise lütfen belirtiniz.....
- 5) Eğitim düzeyiniz: Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Yüksekokul () Lisans () Lisansüstü () Doktora ()
- 6) Eşinizin Eğitim Düzeyi:
Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Yüksekokul () Lisans () Lisansüstü () Doktora ()
- 7) Bir işte çalışıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 8) Eşiniz bir işte çalışıyor mu?
Evet () Hayır ()
- 9) Çalışıyor ise, çalışma saatleri:
Gündüz () Gece () Vardiya () Nöbet ()
- 10) Ekonomik gelir seviyeniz nedir?
Gelirim giderimden fazla () Gelirim giderime eşit () Gelirim giderimden az ()
- 11) Kaç yıllık evlisiniz?
0-2 yıl () 3-5 yıl () 6-8 yıl ()
9-11 yıl () 12 yıl ve daha fazla ()
- 12) Kaç haftalık gebesiniz? (lütfen belirtiniz) Hafta,
- 13) Kaçınıcı gebeliğiniz?
- 14) Varsa daha önceki gebelik sürecinde düşük/ölu doğum öykünüz oldu mu?
Evet () Hayır ()
- 15) Yaşayan kaç çocuğunuz var? (lütfen belirtiniz)
- 16) Yaşayan fiziksel /zihinsel engelli veya özel bakım gerektiren çocuğunuz var mı?
Evet () Hayır ()
- 17) Mevcut gebeliğiniz istemli bir gebelik miydi?
Evet () Hayır ()
- 18) Gebelik sürecince eşiniz dışında ev içinde sizinle yaşayan, size destek olacak birileri var mı? (anne, baba, kayınvalide, kardeş, bakıcı vb. gibi)
Evet () Hayır ()

EK-2: PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) ÖLÇEĞİ

PİTTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ (PUKİ)

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son 1 (bir) ayı göz önünde bulundurun. Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c	Tuvalete gittiniz				
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e	Aşırı derecede üşüdünüz				
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g	Kötü rüyalar gördünüz				
h	Ağrı duydunuz				
i	Diğer nedenler				
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
 Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü
7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
 Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok
8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
 Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok
9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
 Hiç problem oluşturmadı Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu Çok büyük bir problem oluşturdu
10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var Partner aynı yatakta
11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığını sorun.

	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	Gürültülü horlama			
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar			
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama			
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık			
e	Diğer huzursuzluklarınız:			

EK-3: GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ

GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ

Sayın Anne Adayı,

Yeterli sosyal destek almanın gebelerin ve çocuklarının sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bu anket, anne adaylarının gebelikleri süresince eşlerinden aldıkları destek konusundaki duygu ve düşüncelerini incelemeyi amaçlayan bilimsel bir çalışmanın verilerini elde etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Sizden istenen, ölçekte yer alan her ifadeyi okuduktan sonra bu ifadeye katılma düzeyinizi (1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Ara sıra, (4) Çoğunlukla, (5) Her zaman seçeneklerinden uygun olanını işaretleyerek belirtmenizdir.

	HER ZAMAN(5)	ÇOĞUNLUKLA(4)	ARA SIRA(3)	NADİREN(2)	HİÇBİR ZAMAN(1)
1) Eşim doğum ile ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
2) Gebeliğim süresince eşim nasıl hissettiğini anlar.					
3) Eşim kamama dokunarak bebeğimiz ile iletişim kurmaya çalışır.					
4) Eşim bebek bakımı ile ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
5) Gebelik eşimle duygusal yakınlığımızı arttırdı.					
6) Eşim gebelikle ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
7) Eşim gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıklarla (bulantı, kusma vb.) baş etmemde yardımcı olur.					
8) Eşim gebeliğim süresince beni çekici bulduğunu hissettirir.					
9) Eşim gebeliğim süresince ev işlerinde (temizlik, yemek hazırlığı, diğer çocukların bakımı vb.) yardımcı olur.					
10) Eşim gebelikle ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
11) Eşim doğum ile ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
12) Bebek ile ilgili hazırlıkları (alışveriş, oda hazırlığı vb.) eşimle birlikte yaparız.					
13) Eşimle bebeğimizle ilgili hayaller kurarız.					
14) Gebelikte eşim giysilerimi/ayakkabılarımı giymek ve çıkarmak gibi yapmakta zorlandığım durumlarda yardımcı olur.					
15) Eşim bebek bakımı ile ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
16) Gebeliğim süresince eşim ihtiyacım olduğunda yanımda olur.					

EK-4: GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ İZİNİ

EK-5: PİTTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ (PUKİ) ÖLÇEĞİ İZİNİ

EK-6: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

EK-7: EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONAYI

